**認知症サポーター養成講座依頼申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

高齢福祉課長　宛

(電話：63-2175・FAX：63-2169)

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯番号）

　認知症サポーター養成講座を開催したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| **開催日時** | **（第１希望）**  **令和　　　年　　　月　　　日（　　　）**  **時　　　分 ～ 　　　時　　　分**  **（第２希望）**  **令和　　　年　　　月　　　日（　　　）**  **時　　　分 ～ 　　　時　　　分** |
| **開催場所** |  |
| **集会の名称** |  |
| **予定人数** | **人** |
| **過去の開催** | **回** |
| **紹介経緯** |  |

上記の申請について、次のとおり決定する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | | |
| 受 理 日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 備　　考 |  | | |
| 課長 | 係長等 | 担当 | 担当包括等 |
|  |  |  |