（様式第３号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

福井市福祉保健部長寿福祉課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　団体所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

認知症サポーター養成講座　開催依頼書

　みだしのことについて、下記により、認知症サポーター養成講座を実施するので、講師(キャラバン･メイト)の派遣を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込団体名 |  |
| 住所・所在地 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 担当者氏名 |  |
| 開催希望日時 | 平成　年　月　日（　）午後　時　分 |
| 開催希望場所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 受講者対象区分 | １　住民２　企業・職域団体（業種　飲食業　　　　　　　　　　）　３　学校[小学校・中学校・高等学校・その他（　　　　）（学年　　年） ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講予定者数 | 　名 |
| 備　　　考 |  |