様式第１号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

坂井市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体所在地

代表者名

坂井市認知症サポーター養成講座開催依頼書

　下記により、坂井市認知症サポーター養成講座の開催を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施団体 | 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 担 当 者 |  |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| 開催予定日時（所要60分～90分） | 　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 開催場所 | 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 使用できる機材 | DVDﾃﾞｯｷ ・ ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ ・ ｽｸﾘｰﾝ ・ ﾊﾟｿｺﾝ |
| 受講者対象区分 | １　住民　２　企業・職域団体３　学校小学校・中学校・高等学校（学年　　　年）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予定人数(10名～) | 人 |
| その他(講座に関する希望など） |  |