

認知症サポーター養成講座開催申込書(記載例)

令和4年4月1日

※の項目は必須です。

実施団体	団体名※	大月市市役所町内会		
	担当部署			
	担当者※	大月 太郎		
	電話番号※	0554-23-8034	FAX番号	0554-22-6422
	e-mail	fukushi-19206@city.otsuki.lg.jp		
日時※	令和4年5月16日 (月曜日) 13:30~15:00			
開催場所※	会場名	大月市民会館		
	所在地	大月市		
	設備	<input type="checkbox"/> ビデオ <input checked="" type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン		
受講予定人数※	15 人			
その他	<p>・大月市市役所周辺の住民を中心に実施。 ・現時点で町内に認知症の人はいないが、当地区は、世帯数70世帯のうち30世帯強に高齢者がおり、今後も高齢化が進むと思われる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>講師が、講座内容をアレンジする際や、大月市で講師を選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載してください。</p> </div>			

4. 開催日の45日前までに提出してください。
5. 提出先 〒401-8601 大月市大月二丁目6番20号
 大月市役所 福祉介護課 地域包括支援センター
 TEL : 0554-23-8034 FAX : 0554-22-6422
6. 後日、市の担当から連絡をします。
 大月市記載欄 (記入しないでください)
