

「認知症サポーター養成講座」 受講申込書

令和 年 月 日

申込団体名				
連絡先	住所	〒 一 担当者 ()		
	電話番号 FAX番号	() () ※出来るだけ日中連絡可能な番号を ご記入ください。		
研修資料発送先（上記以外の場合はご記入ください。）				
発送先 (住所・氏名)		〒 一 氏名 ()		
電話番号 FAX番号		() ()		
希望日時 (必ず第3希望まで記入してください。)	講師の派遣調整のため、必ず第3希望までご記入ください。			
	①令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
	②令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
	③令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
※この研修と他の行事プログラムとの組み合わせを予定されている場合には、その内容を記入してください。				
受講人数	約名	受講対象者		
研修会場 ※申込者にご用意いただきます。またPC・プロジェクト・DVDプレイヤーなどの機材のご用意をお願いします。	会場名 :			
	所在地 :			
	電話 : ()			
備考欄				
認知症サポーターステッカーの配布	希望する • 希望しない ※希望する場合は2ページ目の「ステッカー掲示事業所届」と一緒にご送付ください。			

神戸市社会福祉協議会記入欄

※研修当日、テキストやオレンジリングに余りが生じた場合は
事務局までお返しいただきますようお願いします
(教材返却の郵送料は申込される方でご負担ください)

実施日時	年 月 日 () (時 分から 時 分)
実施場所	
担当講師	

認知症サポーターステッカー掲示事業所届

※認知症サポーター養成講座（団体向け）受講申込時用

神戸市では認知症の方とそのご家族がいつでも安心してお散歩やお買い物ができるよう、認知症サポーターのいるお店や施設などに目印となる「認知症サポーターステッカー」を掲示していただいている。ぜひ、講座とあわせてお申込みください。（ステッカーサイズ：15cm×15cm）



記入日：令和 年 月 日

事業所名 (申込団体名) 例：店舗・企業・医療機関等	(カナ)
所在地	〒一 神戸市 区
ご担当者	(カナ)
電話番号	()
FAX	()

※ステッカーは研修資料と同封にて、1ページ目の受講申込書でご指定いただいた研修資料発送先へ郵送させていただきます。

※こちらの用紙は受講申込時にのみご使用いただけます。その他ご要望の際は、お近くの区役所保健福祉課までお問い合わせください。（例：受講終了後に欲しい、等）

――< 神戸市社会福祉協議会 記入欄 >――

認知症サポーター養成講座 実施日時	令和 年 月 日
神戸市社会福祉協議会 担当者名	