

黒部市役所福祉課 あて

## 「認知症ジュニアサポーター養成講座」開催申込書

提出日： 年 月 日

学校名等	学校名	
	役職・担当者氏名	
	TEL :	FAX :
	E-Mail:	
	〒 - 住所 :	

### <開催計画>

開催希望日時	第1希望	年 月 日 ( ) : ~ :
	第2希望	年 月 日 ( ) : ~ :
受講する学年		
参加予定人数		
開催予定場所 (教室名等)		
その他		

●申し込みにあたって●

希望日時の2週間前までに福祉課へ申し込み願います。

(提出先) 黒部市役所福祉課 地域ケア推進係

住所 〒938-8555 黒部市三日市 1301 番地

TEL : 54-2111 (内線 : 1139) FAX : 54-4115

以下、市の記入欄

- ・キャラバンメイト依頼・紹介 ( 月 日)
- ・テキスト提出 ( 月 日)
- ・実績 (参加人数 : 人 (内訳 : 児童・生徒 人・教師 人)
- ・キャラバンメイト ( )
- ・計画書送信 ( 月 日) ・報告書送信 ( 月 日)
- ・必要物品 (施設予約)

プロジェクター	スクリーン	パソコン	スピーカー	DVD	資料	カード	ステッカー