**認知症サポーター養成講座（申込書）**

**太枠内に必要事項を記入してください。**申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先 | 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 担当者氏名 |  | E-mail |  |
| 実施希望日時 | 第１希望 | 令和 　 年 　月 　日（　　） 　時 　分から 　時 　分まで |
| 第２希望 | 令和 　 年 　月 　日（　　） 　時 　分から 　時 　分まで |
| 実施場所 | 会場名 |  |
| 所在地 |  |
| 受講対象者該当する番号に○を付けてください。 | １　住民２　企業・職域団体（業種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）３　学校［小学校・中学校・高等学校・その他（　　　　　　　　　　）］　　（学年　　　　年）４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講予定人数 | 　　　　　　　　　　　　　名　　※受講人数は、10人以上でお申込みください。 |
| ホームページ掲載 | 可　　　　　　　・　　　　　　不可※認知症サポーター養成講座の様子（写真等）を松山市役所（介護保険課）のホームページで紹介します。 |



**［申込先］松山市役所　介護保険課（別館２階）**

〒７９０－８５７１　松山市二番町４丁目７－２

ＴＥＬ：９４８-６９４９

ＦＡＸ：９３４-０８１５

Ｅﾒｰﾙ ：kaigo@city.matsuyama.ehime.jp