

尼崎市健康福祉局福祉部 包括支援担当
 尼崎市認知症サポーターキャラバン事務局宛
 FAX：06-6489-6528
 尼崎市認知症サポーターキャラバン事務局 御中

令和 年 月 日

以下のように申し込みを依頼します。

希望日	第1希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
	第2希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
	第3希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
会場住所	〒 () 【確認事項】 ※講師を派遣する際に必要になる事項です。該当のものには必ず〇をお願いいたします。 駐車場の有無 (有 ・ 無) 駐輪場の有無 (有 ・ 無) 設置機材の有無 (プロジェクター/スクリーン/DVD デッキ/マイク/パソコン/なし)		
団体名 会社名	(団体名・会社名) (所属部署等)		
担当者 (ふりがな) 氏名	連絡先 (電話番号) (FAX 番号)	電話番号 () - FAX 番号 () -	
予定人数	人 ※受講対象者はどのような方ですか 例) 新入社員、〇〇学部の〇年生 ()		

【注意事項】

- ・申し込みは必ず開催希望日の1か月前までにご提出をお願いいたします。
- ・講座で使用するテキストやオレンジリングは開催日までに尼崎市役所包括支援担当まで取りに来て下さい。
 (開催後欠席等で教材やオレンジリングが余った場合、尼崎市役所包括支援担当までお持ち下さい)



以上