**企業・職域向け認知症サポーター養成講座・スキルアップ講座申込書**

令和　　年　　　月　　　日

長崎県長寿社会課長　　様

住　　所

機 関 名

代表者名

※公印省略可

次のとおり、企業・職域向け認知症サポーター養成講座・スキルアップ講座に申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 受講予定数：　　　　 　　　　人　職　種　等：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 会　　場 | （住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 機材の状況 | Power Pointインストール済みパソコン 　　有 ・ 無プロジェクター 　　　有 ・ 無 　　　　スクリーン　　　　　　有 ・ 無　　　　　　　　　　　　※○をお付けください。 |
| 希望する開催日時 | 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※業務の都合により、ご希望に添えない場合は、別日程で調整させていただきます。 |
| 備　　　考 | ※開催にあたり、ご要望事項などがありましたら、ご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職等：住所：TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail： |