

認知症サポーター養成講座 実施計画書

年 月 日

(宛先) 春日市長

申請者 住所 _____
 氏名 (団体名) _____
 代表者名 _____
 電話番号 _____

下記のとおり、認知症サポーター養成講座を開催します。

1 日 程	年 月 日 ()	
2 時 間	() 時 () 分 ~ () 時 () 分	
3 場 所		
4 講 師	氏名 :	(メイト No. - -)
	氏名 :	(メイト No. - -)
	氏名 :	(メイト No. - -)
	氏名 :	(メイト No. - -)
5 対 象 者	(予定人数 人)	
6 キャンペーン DVD	<input type="checkbox"/> 使用する	<input type="checkbox"/> 使用しない
7 標準教材	<input type="checkbox"/> 使用する (部)	<input type="checkbox"/> 使用しない
8 講座内容・ 時間配分	1	分
	2	分
	3	分
	4	分
	5	分
	6	分
9 連絡先	担当者氏名 :	
	電 話 番 号 :	
10 備 考	<input type="checkbox"/> オレンジリング希望 (1個 100円 送料別) () 個	