

「沖縄市認知症サポーター養成講座」
開催申込書

提出日:令和 年 月 日

実施主体者	グループ名/機関・団体・企業名/学校名		部署名	担当者名
	TEL:		FAX:	
	E-Mail:			
	住所: 〒			

〈開催計画〉

第一希望 開催日時	令和 年 月 日 ()		第二希望 開催日時	令和 年 月 日 ()	
	時 分 ~ 時 分			時 分 ~ 時 分	
主な受講者			受講予定者数	人	
開催場所	名称	住所			
		〒			
会場設備	1. パワーポイント・DVDが視聴できる設備がある				
	(テレビ:HDMI 有 無 ・ プロジェクター ・ スクリーン ・ マイクセット)				
	2. パワーポイント・DVDが視聴できる設備はない				
	3. 講師用駐車場 (ある ・ ない)				
講師 (キャラバン・メイト)	1. 決定済み()				
	2. 未決定(事務局で要調整)				
掲載依頼	沖縄市公式HPに写真掲載 (希望する...(顔だしあり・なし)/ 希望しない)				
その他 特記事項					

●申し込みにあたって●

- 1. 本表は開催希望日の1ヶ月前までに沖縄市キャラバン・メイト事務局へご提出ください
- 2. 講師の都合等により、開催希望日等のご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承下さい

【提出先】

沖縄市役所 健康福祉部 介護保険課
沖縄市キャラバン・メイト事務局 担当: 富山
〒904-8501 沖縄市仲宗根町26-1
TEL: 098-939-1212(内線3091) FAX: 098-939-7819
E-mail: caravanmate@city.okinawa.lg.jp

【事務局記載欄】

- ・ テキスト ・ オレンジリング
- ・ パソコン (講師 ・ 事務局)
- ・ テレビ ・ HDMI
- ・ プロジェクター & スクリーン
- ・ スピーカー or マイク