

「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)		
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、あらかじめご了承ください

【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: 當山
〒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