

「沖縄市認知症サポーター養成講座」 開催申込書(やさしいお店)

提出日:令和 年 月 日

実施主体者	会社・店舗名	部署名/業種	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
受講予定者数	人	店舗従事者数	人
主な受講者			
開催場所	名称	住所	
		〒	
会場設備	1. 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/音響セット)		
	2. 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(ID : 沖縄 - - 氏名:)		
	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●

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。

●ステッカーについて●

店舗従事者が認知症サポーターになりましたら、ステッカーを配布します。

店舗入り口など、見えやすい場所に貼付してください。

【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】

- ・ 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

テキスト オレンジリング ステッカー