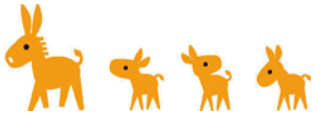
入間市認知症サポーター養成講座　申込書

受講団体名・ グループ名	
受講対象者 (該当No.に○を)	1．住民　　2．企業・職場　　3．学校 4．その他（　　）
受講予定者数 （5人以上）	人
代表者名 （連絡先）	氏名： 電話： 住所：
受講希望日時 （約90分） ※決まっている場合は記入してください。	第1希望　　年　　月　　日(　　) 第2希望　　年　　月　　日(　　) 第3希望　　年　　月　　日(　　) 午前 午後　　時　　分　～　午前 午後　　時　　分
会場 ※決まっている場合は記入してください。	名称： 住所：入間市
会場環境 ※機材の有無に○ なくても可	スクリーン（白い壁で代替可）　有・無 プロジェクター　有・無　　ノートパソコン　有・無 DVDプレーヤー　有・無　　マイク　有・無

※受講希望日の1カ月前までに申込みをしてください。
※受付後、代表者にご連絡し日程・講師等の調整をいたします。
※日程については、講師との調整次第でご希望に添えないことがあります。



【申込書提出先】　高齢者支援課　地域支援担当（FAX・メールも可）

TEL　04−2964−1111

FAX　04−2966−5517

メール　ir314000@city.iruma.lg.jp

※ ホームページで申込書をダウンロードし、記入後メールに添付してください。
※ 件名は「認知症サポーター養成講座申込」としてください。

R4　高齢者支援課