



認知症サポーター養成講座開催申込書（記載例）

※の項目は必須です。

実施団体	団体名※	こあじさし町内会		
	担当部署			
	担当者※	大賀 蓮夫		
	電話番号※	043-245-5168	FAX 番号	043-245-5548
	e-mail	<a href="mailto:h-ohga@city.chiba.lg.jp">h-ohga@city.chiba.lg.jp</a>		
日時※	令和元年 9月 5日（木曜日） 13:30 ~ 15:00			
開催場所※	会場名	コアジサン会館		
	所在地	千葉県 中央区 千景港1-1		
	設備	<input checked="" type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン		
受講予定人数※	15 人			
一般参加の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 否 可とした場合、「一般市民の方の個人参加が可能なサポーター養成講座」として、講座の開催情報を千葉県ホームページで公開します。			
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>こあじさし町の住民を中心に実施。</li> <li>現時点で町内に認知症の人はいないが、当地区は、世帯数70世帯のうち 20世帯強に高齢者がおり、今後も高齢化が進むと思われる。</li> <li>講習の様子は住民向けの回覧に載せる予定(写真撮影あり)</li> </ul> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     講師が、講座内容をアレンジする際や、千葉市で講師を選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載してください。                 </div>			

- 開催日の45日前までに提出してください。
- 提出先 〒260-8722 千葉県役所地域包括ケア推進課（認知症サポーター講座担当）  
FAX：043-245-5293
- 後日、市の担当から連絡をします。

千葉県記載欄（記入しないでください）
