台東区認知症サポーター養成講座　申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 申請者　氏名 |  |
| 住所・所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号：  FAX：  メールアドレス： |
| 開催希望日時  ※講座時間は開始から90分です。 | 【第１希望】令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～  【第２希望】令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～  【第３希望】令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～ |
| 受講対象者 | 受講予定人数：　　　　　名　職業（職種）： |
| 受講希望理由・団体の活動内容　※講座内容の参考にさせていただきます。 |
| 開催希望場所  記載と該当にチェック☑してください。 | 名称・所在地：  収容人数：　　　名　　設備：□プロジェクター　　□ＤＶＤ　　□マイク |
| グッズ購入希望  該当にチェック☑し、希望数を記載してください。 | □オレンジリング希望なし　　□オレンジリング希望あり（　　　　　　　　個）  □テキスト　　　　　　　冊（100冊以内は無料）  ※オレンジリングの購入を希望される場合は、講座を受講した方の分のみ発注可能です。  ※オレンジリングは、１個１１０円＋送料￥１，４３０（１～２００個まで）になります。 |
| 要望事項  要望がある場合はチェック☑してください。 | □請求書等の日付を指定する　　　　　　年　　　　　月　　　　日  □品代送料を品代に含める  □指定用紙がある  □事前に見積希望 |
| 物品送付先 | 住所：  宛名：  電話番号： |
| 物品購入請求書  送付先 | 請求書宛名：  請求先：  電話番号：  ※請求先・電話は、物品送付先と同じであれば記入は不要です。 |

※上記の個人情報は本講座開催のためだけに使用し、他の用途には使用しません。

注１）準備の都合により、講座開催希望日の**原則４０日前までに**お申し込みください。

注２）お申込みいただいてから１週間経っても連絡がない場合には、お手数ですがご連絡ください。