認知症サポーター養成講座開催申込書

**太い枠内の必要事項を記入してください。※の項目は必須です。**

・講座時間の基本は**90分**です。

・実施希望日の**45日前までに**提出してください。

・提出先　〒260-8722　千葉市役所地域包括ケア推進課（認知症サポーター講座担当）

[メールアドレスnintisho@city.chiba.lg.jp](mailto:メールアドレスnintisho@city.chiba.lg.jp)　　FAX：043－245－5293

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **実施団体** | **団体名※** |  | | | |
| **担当者名※** |  | **電話番号※** | |  |
| **e-mail** |  | | **FAX番号** |  |
| **実施希望日時** | **第１希望※** | 年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分から　　時　　分まで | | | |
| **第２希望** | 年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分から　　時　　分まで | | | |
| **第３希望** | 年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分から　　時　　分まで | | | |
| **開催場所※**  **（講座時間の**  **基本は90分）** | **会場名** |  | | | |
| **所在地** | **〒**  **千葉市　　　　区** | | | |
| **会場にある機材** | ＤＶＤプレーヤー（　有　・　無　）　パソコン（　有　・　無　）  プロジェクター（　有　・　無　）　スクリーン（　有　・　無　） | | | |
| **開催形態※**  該当する番号に〇をつけてください | | **１．対面型講座　　　　２．オンライン型講座**  **３．対面とオンラインのハイブリッド講座**  認知症サポーター養成講座を録画した動画の視聴等を認知症サポーター養成講座とすること等は不可。 | | | |
| **受講対象者※**  例：地域住民、社員等 | |  | | | |
| **受講予定人数※** | | **人** | | | |
| **ホームページ掲載の可否※**  該当する番号に〇をつけてください | | **１．可　　　　２．否**  可の場合、「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市ホームページ、千葉市認知症ナビで公開します。 | | | |
| **その他** | |  | | | |

千葉市記載欄（記入しないでください）

|  |
| --- |
|  |