筑後市認知症サポーター養成講座依頼書

年　　月　　日

送信先　FAX　０９４２-５３-４１１９

筑後市キャラバン・メイト連絡会　事務局　宛

下記のとおり、キャラバン・メイト（講師）の派遣を依頼します。

申込者	団体名		
	代表者	住所	〒
		氏名	
		連絡先	☎　　FAX
開催希望	会　場		
	日　時	年　　月　　日（　　） 時　　分　～　　時　　分	
	備　考	ＤＶＤプレーヤー　　有・無	
受　講 対　象 区　分	１．市民 ２．企業・職域団体（業種　　） ３．学校 ・小学校、中学校、高等学校、　　学年　　年 ・その他（　　）		
人　数	名		
備　考			

・・・・・・・・・・・・　※以下は事務局にて記入　・・・・・・・・・・・・・・・・

派遣予定 キャラバン・メイト	代表者	連絡先

決裁欄

受付者	係	係　長	課長補佐	課　長	受付印