**柏市認知症サポーター養成講座依頼書（住民・学校用）**

様式１①

令和　　年　　月　　日

地域包括支援センター　あて

キャラバンメイトの派遣について次のとおり依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | 名称: |
| 申込者 | 住所:〒 |
| 氏名:　　　　　　　　　　　　電話:　　　　　　　　　　 　　　　FAX : |
| 希望日 | 令和　　　年　　　　月 　　　日（　　）午前･午後　　時　　分～午前･午後　　時　　分 |
| 会場 | 名 称 |  |
| 住 所 | 　　　　　　　　　　　 |
| 受講対象者区分 | １．住民　□民生委員児童委員等　　□防災，防犯組織　　□老人クラブ，サロン等　□自治会，町内会等　　□ボランティア組織　　□介護者団体　□生涯学習，趣味の会等　　□その他ほか( )２．学校□小学校　　□中学校　　□高等学校　　学年 　　　年□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講予定人数 | 　　　名 |
| 備　考 |  |

**【地域包括支援センター記載欄：キャラバンメイト】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＜ID番号＞　　  | 氏名 | 住所 |
| 所属 | 電話 |