**周南市役所 地域福祉課　包括ケア・地域保健担当（認知症施策担当）　行**

**FAX　0834-22-8396，メール　fukushi@city.shunan.lg.jp**

**送付先**

**小学校・中学校　認知症サポーター養成講座　申込書**

必要事項をご記入の上、上記 〈送信先〉 へお送りください。

受付後、市担当者より打ち合わせ日時等について、ご連絡をいたします。

**〇　ご担当者様について**

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中学校　・　小学校 |
| ご担当者様 |  |  |
| 電話番号 | （　　日中、連絡のつきやすい時間帯　　　　　　時　　　　　分頃　　） |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メール |  |

**〇　開催のご希望日時等について（決まっている範囲で構いません）**

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　　　時 | ①　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　時　　　　分～　　　　時　　　　分②　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　時　　　　分～　　　　時　　　　分③　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　時　　　　分～　　　　時　　　　分 |
| 会　　　　場 |  |
| 対象学年・クラス数（人数） | 　　　　　　　　　　年生・　　　　　　　　クラス　（合計　　　　　　　　人） |
| その他特記事項 | 例：参観日で実施したい、親子で学ぶ機会にしたい　等 |

―――　〈問い合わせ〉　周南市地域福祉課　　　　電話　0834-22-8462　―――――