みよし市認知症サポーター養成講座依頼書

　　年　　月　　日

みよし市長　様

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | 団体名等 | 名称： |
| 代表者 | 住所：〒 |
| 氏名： |
| 電話： | FAX： |
| 日時会場 | 希望日 | 　　年　　月　　日（　　　） |
| 午前・午後　　時　　分～午前・午後　　時　　分 |
| 名　称 |  |
| 住　所 |  | 電話： |
| 受講対象者区分 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講予定人数 | 名 |
| 備　考 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣予定キャラバン・メイト | 氏名 | 所属 |
| 住所 | 電話 |

決裁欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 副主幹 | 主任主査 | 担当 | 受付者 |
|  |  |  |  |  |