**認知症サポーター養成講座申込書（放課後児童クラブ用）**

　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 放課後児童クラブ名 |  | |
| 実施希望年月日及び時間 | 年　　月　　日（　　）　：　　～ 　： | |
| 参加予定者数 | 人 | |
| 開催予定場所 | 教室等名称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 講座に対する要望  （講座で特に取り上げてほしい内容等） |  | |
| 認知症サポーターステッカーの交付申請希望  （認知症サポーターの存在を知らせるもの） | □希望する　　　　　　□希望しない | |
| 新潟県ホームページ掲載希望  （サポーターがいる団体） | □希望する　　　　　　□希望しない | |
| 備考 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |

［問合せ・申込み先］

社会福祉法人　上越市社会福祉協議会

地域福祉課 地域福祉係

〒943-0806　上越市木田新田1丁目1番3号

　　　　（上越総合福祉センター内）

電話　025-526-1515　FAX　025-526-1230