申込日：令和　　　年　　　月　　　日

**認知症サポーター養成講座講師派遣依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| **(ふりがな)** |  |
| **申込者氏名** |  |
| **講座希望団体名** | ※団体名が特にない場合は、どのような集まりか簡単に記載 |
| **連 絡 先**  **※必ず連絡の取れる ところ** | 〒　　　　　－  TEL：　　　　　－　　　　　　－  FAX：　　　　　－　　　　　　－  e-mail 　　 @ |
| **希 望 日 時** | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　日　　 　　曜日  午前・午後　　　　時　　　　分～　　　　時　　　　　分  （約１時間30分です） |
| **実 施 場 所** | 【名称・所在地】 |
| **参加予定人数** | 人 |
| **備　　考** |  |

* **FAX・e-mail・郵送・持参のいずれかにより依頼書を提出願います。**

**◎申込先：（公財）いきいき岩手支援財団◎**

盛岡市本町通三丁目19-1　岩手県福祉総合相談センター　3階

TEL：019-625-7490　FAX：019-625-7494

e-mail: [ken-sien@silverz.or.jp](mailto:ken-sien@silverz.or.jp)