

# 認知症ステップアップ講座 出前申込書

年 月 日

(あて先) 秦野市長

申込者 住所 \_\_\_\_\_  
 団体名 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先(電話) \_\_\_\_\_

日 時	第 1 希 望	年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
	第 2 希 望	年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
場 所			駐車場：有 ( ) ・ 無	
参加人数	名 (年代や性別など )			
希望 講座内容	1 MCI 2 声かけ訓練 3 チームオレンジについて 4 体力・知力で地域との交流 5 高齢者の保健・医療について (感染症・熱中症・応急処置) 6 その他 ( )			
注意事項	申込みに当たり、実施当日に起こり得る事故等については、申込団体の責任において対応していただきますのでご了承ください。			

【担当者記載欄】 ※以下は、市役所処理欄ですので記入しないでください。

担当課受理日	年 月 日 ( )			
講座実施日時	年 月 日 ( )		時 分 から	時 分 まで
講座担当者	キャラバン・メイト			
	その他			
講座内容	認知症ステップアップ講座			
使用する 教材及び 物品	<input type="checkbox"/> PC			
	<input type="checkbox"/> プロジェクター			
	<input type="checkbox"/> スクリーン			
	<input type="checkbox"/> テキスト (MCI・体力知力で地域との交流・高齢者の感染症予防と熱中症予防 ・いざというときの救急蘇生法・チームオレンジ運営の手引き)			
	<input type="checkbox"/> アンケート			
	<input type="checkbox"/> ろばストラップ			
	<input type="checkbox"/> 認知症を学ぶ講座受講証			
	<input type="checkbox"/> その他のグッズを依頼 (オレンジリング等) ※有料 ①グッズ名 ②必要個数 ③送付先・請求書先住所			
<input type="checkbox"/> その他チラシ等 ( )				