



認知症サポーター養成講座申込書

申込み日 令和 年 月 日

学校名	小学校 ・ 中学校		
電話番号			
対象 (該当する 学年に○)	学年・クラス数・人数		担 任
		小学5年生・ クラス・ 名	
		小学6年生・ クラス・ 名	
		中学 年生・ クラス・ 名	
実施希望日時	月 日 () : ~ : (時間目)		
認知症サポーター養成講座に加えて以下の取り組みを希望される場合は、 当てはまる項目に○を付けてください。(各体験の時間：45分)			
	車いす体験		
	高齢者等疑似体験(高齢者なりきり体験)		
	アイマスク体験(視覚障がい者体験)		
	認知症サポーター養成受講後のフォローアップ講座		
	その他		
三豊市ホームページへの実施団体名掲載の可否(いずれかに✓)		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
講座開催にあたってのご希望など			

●問い合わせ・お申し込み先●

三豊市地域包括支援センター(介護保険課内)

高瀬町下勝間2373番地1(市役所3階)

TEL 73-3021

FAX 73-3023