令和　　年　　月　　日

（宛先）大田区福祉部 高齢福祉課長

団 体 名

代表者名

住　　　所

　　　　　　　🕿　　　（　　　　）

　下記のとおり計画いたしましたので、講師等の派遣をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催予定日時基本時間（ ９０分 ）※時間短縮は応相談※開催日はご希望に添えない場合があります。休日・夜間は原則開催できません。 | 第 １ 希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　　時　　　分から午前・午後　　　時　　　分まで | 参加予定人数人 |
| 第 ２ 希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　　時　　　分から午前・午後　　　時　　　分まで | 参加予定人数人 |
| 開催場所（名称と住所） | 名称：住所： |
| 受講する人（具体的に） | （例：町会の勉強会参加者、マンション管理に従事する職員、小学５年生２クラスと教師　など） |
| 連絡担当者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）メールアドレス |
| その他 |  |

**【申込先】**　認知症サポーター養成講座業務受託者　特定非営利活動法人オレンジアクト

**【メールアドレス】**　 **ohya@3rdpath.org**

※記載内容については、地域包括支援センター及び大田区と電子メールによる情報共有を行います。

<問合先>　大田区福祉部高齢福祉課　℡ 03-5744-1250　 Fax 03-5744-1522