

申込日：令和 年 月 日

## 札幌市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ご記載ください。
連絡先 ※必ず連絡の取れるところをご記載ください。	〒 札幌市 区  〈Tel〉 〈Eメール〉
第1希望日時	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分～ 時 分 (約1時間～1時間半)
第2希望日時	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分～ 時 分 (約1時間～1時間半)
第3希望日時	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分～ 時 分 (約1時間～1時間半)
実施場所	〈住所〉
参加予定人数	人
オンライン希望の有無	※どちらかを○で囲み、オンラインの場合は使用する Web 会議ツールをかつこ内に記載。 オンラインで希望する ( ) オンラインは希望しない。
備考	

◆申込先：札幌市保健福祉局介護保険課（中央区北1条西2丁目市役所3階）  
〈TEL〉 011-211-2547 〈FAX〉 011-218-5117  
〈Eメール〉 ninchishoshien@city.sapporo.jp

◆申込方法：Fax、Eメール、郵送、持参により依頼書を提出

※講師の調整の関係上講座開催希望日の1か月以上前にお申込みください。  
※この依頼書に記載された情報については、札幌市および講座の講師となる者が取扱うものであり、それ以外の目的で使用するものではありません。  
※講師決定後、介護保険課より「札幌市認知症サポーター養成講座決定通知」を郵送などにて送付します。講座の詳細については、直接講師と調整をお願いします。