年　　　月　　　日

介護サービス課長　宛

認知症サポーター養成講座講師派遣依頼書

下記のとおり認知症サポーター養成講座を開催したいので、講師派遣を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　時 | 年　　　月　　　日　　　　　時～　　　　時 |
| 場　所 |  |
| 団体名 |  |
| 対象者・人数 |  |
| 設備等 | 該当するものに○をつけてください。  マイク　・　スクリーン　・　プロジェクター |
| 特記事項 |  |
| 連絡先 | 担当者名：  電話番号： |