奥州市地域包括ケア推進室　行（FAX：０１９７－５１－２３７３）

**奥州市介護予防・生活支援サポーター養成研修**

**受講申込書**

**■開催日時：平成30年１月29日（月）、30日（火）10：15～16：２5**

**■場　　所：奥州市民活動支援センター（水沢区横町２－１メイプル地下）**

|  |
| --- |
| **申込期限:１月24日（水）** |

奥州市介護予防・生活支援サポーター養成研修の受講を次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所・****団体等の情報** | **名　　称** |  | ※個人申込の場合は記入不要 |
| **所 在 地** |  |
| **連 絡 先** |  |
| **担当者名** |  |
| **受講希望者** | **氏　　名** |  |
| **住　　所** |  |
| **生年月日** |  |
| **電話番号** |  |
| **対象区分****（いずれかに○）** | ①新しい通所型サービスの従事者②介護予防や生活支援の活動への意欲がある市民 |

（2人目以降の受講希望者は以下に記載）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　　名** | **住　　所** | **生年月日** | **電話番号** | **対象区分（いずれかに〇）** |
|  |  |  |  | ①新しい通所型サービスの従事者②介護予防や生活支援の活動への意欲がある市民 |
|  |  |  |  | ①新しい通所型サービスの従事者②介護予防や生活支援の活動への意欲がある市民 |
|  |  |  |  | ①新しい通所型サービスの従事者②介護予防や生活支援の活動への意欲がある市民 |
|  |  |  |  | ①新しい通所型サービスの従事者②介護予防や生活支援の活動への意欲がある市民 |