FAX送信状

宛先

いきいき健康課　高齢支援係

　　　(担当)認知症地域支援推進員

FAX：０４２－５９７－４３６９

E-Mail:kourei@town.hinode.tokyo.jp

発信者

　　　　　　　　　　　　学校

　　発信者

　　発信日

学校用

認知症サポーター養成講座　調整申込み票

|  |  |
| --- | --- |
| 学　校　名 | 　　　　　　　　　　　　　小学校　　　　　　　　　　　　　中学校 |
| ご担当教諭名（当該講座の具体的な調整の際、ご連絡させて頂きます。） | 　　　　　　　　　　　　　　　先　生　🕿　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 開催日程（時期・時間等大まかな予定でも結構です） |  |
| 会　場 | ・・未　定 |
| 受講の形態 | ・クラス単位（　　　年　　　組）・学年単位　（　　　　　　　年）・全　体・その他（　　　　　　　　　　） |
| テキスト数※テキストは、児童・生徒とご担当教諭へ配布します。（予備2冊あり）その他、必要時は御相談下さい。 | ・受講児童・生徒　　　　　　　　人・担任・副担任教諭　　　　　　　人(変更は可能です) |