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) |