和泉市高齢介護室　高齢支援担当　あて

***FAX：0725-4０－３４４１***

**○内　　容：講師による講座と参加者とのディスカッション等**

**○対　　象：和泉市民の高齢者を中心としたおおむね20人以上の団体です。**

**○場　　所：会場の手配や当日の進行などは申込み団体でお願いします。**

**○日　　時：平日の10時～16時（同日の複数回はご遠慮ください）**

**※その他の時間帯をご希望の場合はご相談ください。**

**○所要時間：おおむね60分が目安です。**

**○費　　用：講師料は無料です。**

**※年間24団体まで申し込み可能。**

○次のとおり、和泉市地域出張型在宅医療介護セミナーを申し込みます。

**※原則２ヶ月前までに申し込みください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | | | 申請者住所 | | |  | | | | |
| 主催団体名 |  | | | | | 参加予定人数 | | | | 人 | |
| 申請者連絡先 | 自宅電話番号： | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |
| 携帯電話番号： | | | | | | | | |
| 希望講座番号　　　（　　　　　）　番 | | | | | 下記に開催希望日時を３つご記入ください  （※都合によりご希望に添えない場合もあります） | | | | | | |
| 第２希望　　月　　日（　　）曜日  　時　　分　　～　　時　　　分  第１希望　　月　　日（　　）曜日  　時　　分　　～　　時　　　分 | |  | | | | | | | 第３希望　　月　　日（　　）曜日  　時　　　分　～　　時　　　分 | | |
| 開催希望場所 | 名称： | | | | | | | | | | |
| 所在地： | | | | | | | | | | |
| 開催場所について | ●駐車場  ●スクリーン  ●ＤＶＤプレイヤー | | □無　□有（　　　　）台  □無　□有（白い壁で代替可）  □無　□有 | | | | | ●プロジェクター  ●マイク  ●黒板（ホワイトボード） | | | □無　□有  □無　□有  □無　□有 |
| その他、何か聞きたい事柄があればお書き下さい |  | | | | | | | | | | |

申請日　　　年　　月　　日

申込みありがとうございます。　講師選定にあたり在宅医療・介護連携コーディネーターから連絡いたしますので、それまでお待ちください。