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。