



当日 10 名以上の参加が見込まれる集まりなどにキャラバン・メイトを派遣します。  
 開催希望日の 1 か月前までに、開催場所のある区役所長寿保険課へ電話または FAX でお申し込みください。

	TEL	FAX		TEL	FAX
中区	457-2062	459-0323	北区	523-1144	523-1928
東区	424-0186	424-0212	浜北区	585-1123	585-2137
西区	597-1164	597-1210	天竜区	922-0130	922-0321
南区	425-1542	425-1569			



認知症サポーター養成講座  
 キャラバン・メイト（講師）派遣申込書



令和 年 月 日

(あて先) 浜松市長

下記のとおり認知症サポーター養成講座を申し込みます。

団体名			代表者		
住所	〒				
連絡先	TEL	( )	/	FAX	( )
希望日時	第1希望	年	月	日 ( )	時 分 ~ 時 分
	第2希望	年	月	日 ( )	時 分 ~ 時 分
予定会場 (会場は、申込者が 確保してください)	会場名				
	所在地	〒			
	連絡先	TEL	( )		
参加予定人数	人 (内訳：男性 人、女性 人)				
打合せ担当者	TEL	( )	/	FAX	( )
受講対象者	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. その他 ( )				
備考	(講座への希望・要望等がありましたらご記入ください)				

令和 年 月 日

キャラバン・メイト（講師）派遣決定について（通知）

申込者様

浜松市長

下記のとおり決定いたしましたので、通知します。

派遣日時	年	月	日 ( )	時 分 ~ 時 分
メイト氏名				

問い合わせ先 (部署名・連絡先)	区 長寿保険課 (担当: ) TEL ( ) / FAX ( )
---------------------	-------------------------------------