

在宅医療介護課 地域包括支援センター あて

FAX 048-769-0684 / TEL 048-765-1735

認知症サポーター養成講座申込書

(一般用)

申込日：平成 年 月 日

受講団体・グループ	
担当者	(担当者連絡先)
受講対象者	(該当の番号に○を付けてください) 1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. 行政
受講予定者数	人
希望開催日	平成 年 月 日 ()
時間	(午前・午後) 時 分 ~ 時 分
場所	
その他	

【注意事項】

- ※ 開催日の1か月前までにお申込ください。
- ※ 講座の時間数は、1時間30分になります。