

ファックス番号 65-1132  
地域包括支援センターみよし 行

## 認知症サポーター養成講座 申込書

必要事項を記入してください

申込日：平成 年 月 日

団体名		
団体責任者		
申込者連絡先	氏名	
	住所	
	Tel	(携帯電話 )
	Fax	
開催希望日時	第1希望	平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分～
	第2希望	平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分～
開催希望場所	名称	
	所在地	
参加予定人数		人
要望等		

- ・ ご記入いただきました事項については、認知症サポーター養成講座・フォローアップ講座以外には使用することはありません。
- ・ 準備の都合により、早めにご相談ください。