

「認知症サポーター養成講座」 開催申込書

提出日： 年 月 日

実施主体者	グループ名/機関・団体・企業名/学校名	部署名	担当者名
	TEL:		FAX:
	E-Mail:		
	住 所:		

〈開催計画〉

開催希望日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	受講予定者数 約 人
主な受講者		
開催予定場所	名称	住所
		〒
講師 (キャラバン・メイト)	1. 決定済み() 2. 未決定(事務局で要調整)	
	DVD送付希望	DVD不要(※いずれかを○で囲んで下さい)
その他 特記事項		

●申し込みにあたって●

講師の都合等により、開催希望日等のご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

【提出先】

豊見城市 福祉部

障がい・長寿課 地域包括支援班(豊見城市地域包括支援センター)

〒901-0292 豊見城市字翁長854番地1

TEL: 856-7727

FAX: 856-7876

(市記入 講師調整経過)

年月日	時間	手段	内容