

認知症サポーター養成講座開催申込書

認知症サポーター養成講座担当窓口

角田総合老人センター 高齢者地域支え合いセンター事業 宛

(FAX 072-963-2020)



認知症サポーター養成講座の開催を希望しますので次のとおり申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

申込者	ふりがな		
	お名前		
	連絡先	おところ	
		電話番号	
		FAX番号	
メールアドレス			
サポーター養成講座開催予定の概要	受講者について	人数(概数)	
		どのような人たちですか	
	開催希望時期		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日() 時～
			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃
	開催予定場所		
ビデオ・DVDの貸し出し			
要 ・ 不要			ビデオ ・ DVD

※上記のほか何か希望などがありましたら別紙として添付してください。

角田総合老人センター 処理欄	受付日	平成 年 月 日	開催可否	可 ・ 否
	依頼日	平成 年 月 日	担当メイト	