

認知症サポーター養成講座申込書

令和 年 月 日

認知症サポーター養成講座開催について、次のとおり申込みます。

申込者	団体の名称	
	代表者住所	〒
	電話番号	
	代表者名	
日時	第1希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
会場	名称	
	住所	
対象者区分	1 一般	
	2 企業 ・ 職域団体 (業種)	
	3 学校 小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 学年 年	
	4 その他 ()	
受講予定者数	人	
備考		

(注意事項)

- 開催時間は90分以上とします。
- 申込書は1カ月前までに提出してください。
- 原則として休日・夜間の開催はできません。
- 業務の都合によりご希望の日時に開催できない場合もありますのでご了承ください。その場合は改めて日程調整いたします。

お問合せ先
利根町福祉課介護予防係
(利根町地域包括支援センター)
電話: 0297-68-2211
FAX: 0297-68-6910