

(送付先) 保険福祉部 高齢福祉課 行き

〒496-8555 愛西市稲葉町米野308番地

電話 0567-26-8111 FAX 0567-26-5515

認知症サポーター養成講座申込書

申込日 年 月 日

申込者氏名		
申込団体名		
住所 所在地		
担当者氏名		
連絡先	電話 () -	FAX () -
開催希望日時	令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで	
開催希望場所	名称	
	所在地	
受講対象者区分 <small>該当する番号に○を付けてください。また()内には具体的に記入ください。</small>	1 市民 2 企業・職域団体 (業種) 3 学校 [小学校・中学校・高等学校・その他 ()] (学年 _____ 年) 4 その他 ()	
受講予定者数	名	

※上記の個人情報は、本講座開催のためにだけ使い、他の用途には使いません。

注1) 日程等希望にそえない場合がありますので、申込前にご相談願います。

注2) 準備の都合により、開催日の**2ヶ月前**までに申し込みください。

認知症サポーター養成講座受講予定名簿

枚目

	氏名	生年月日	年齢	住所
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

受講予定者が21名以上の場合は、右上にページ数を記入し1枚目同様記入ください。