申込先：階上町健康福祉課（地域包括支援センター）

住所：０３９－１２０１ 階上町大字道仏字天当平１－８７

FAX：０１７８－８０－１０６５

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認知症サポーター養成講座　申込書 | | |
| 申込日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 申込者・団体名 | |  |
| 代表者 | 氏　名 | ※連絡・調整の担当となられる方をご記入ください。 |
| 連絡先  電話番号 |  |
| 住　所 |  |
| 開催希望日時  ※準備の都合上、  開催日の1ヶ月前に  お申込み下さい。 | | 第一希望：  　　年　　　月　　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第二希望：  　　年　　　月　　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第三希望：  　　年　　　月　　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 開催予定場所 | |  |
| 受講予定者数 | | 名　（※学生の場合　　　年生） |
| 備考 | |  |

【申込方法】下記に必要事項を記入して、FAX、郵送又は窓口（健康福祉課）に持参してお申込下さい。