

認知症サポーター養成講座申込書

申込日：平成 年 月 日

団 体 名		
団体区分 当てはまるものに○		1)住民 2)企業・職域団体 3)学校(生徒・親・教師) 4)その他()
参加人数(予定)		人
代表者 連絡先	氏 名	
	住 所	(電話 -)
希望日時	第1希望	平成 年 月 日()午前・午後 時 分から 時 分まで
	第2希望	平成 年 月 日()午前・午後 時 分から 時 分まで
会 場	名 称 所在地	(電話 -)
	用意できるものに ○	テレビ ビデオ DVDプレーヤー プロジェクター パソコン スクリーン ホワイトボード マイクスピーカー その他()
受講希望理由		

注 意 事 項	<input type="checkbox"/> 5名以上のグループでお申込ください。 <input type="checkbox"/> 講座実施に調整が必要ですので、希望日の1ヶ月以上前にはご連絡下さい。 <input type="checkbox"/> 会場は各団体でご用意下さい。ご用意が難しい場合は、ご相談ください。
----------------	--

【お申込・お問合せ】TEL:0197-72-8221 FAX:0197-64-0287