認 知 症 サ ポ ー タ ー 養 成 講 座 申 込 書

年　　月　　日

大網白里市高齢者支援課長　様

代表者名
住　　所
電話番号

認知症サポーター養成講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

目　　的		
第１希望日時		
第２希望日時		
実施会場	会場名	
	所在地	
参加予定人数		人
詳しく説明を受けたい 事項・質問等		