

認知症サポーター養成講座申込書

認知症サポーター養成講座を

希望する

くわしく話を聞きたい

ご連絡先 *平日昼間に連絡のつきやすい連絡先をご記入ください。	お名前（担当者）
	団体・企業名等
	電話番号
	FAX
	メールアドレス
希望日時 *講座は60～90分間となります。	例 9月1日（火）10：00～11：30
	第1希望
	第2希望
開催場所	
受講予定人数	
備考	ご連絡事項などご記入ください

連絡先 大船渡市生活福祉部地域包括ケア推進室

FAX:0192-27-1589

TEL:0192-26-2943（平日9時～17時）