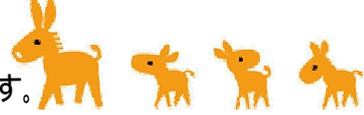


認知症サポーター養成講座 キャラバン・メイト(講師)派遣申込書

平成 年 月 日

(あて先) 保健福祉課長

下記のとおり認知症サポーター養成講座の申し込みをします。



太枠の中をご記入ください

住 所			
団 体 名			
代 表 者			
電 話			
希 望 日 時	第1希望	平成 年 月 日()	時 分 ~
	第2希望	平成 年 月 日()	時 分 ~
予 定 会 場	会場名		
(会場は、申込者で確保願います)	DVD使用 可 ・ 不可		
参加予定人数	人 (うち、男性 人 ・ 女性 人)		
打合せ担当者	氏名	電話	
受講対象者	1.住民 2.企業・職域団体 3.学校 4.その他()		
備 考			

平成 年 月 日

キャラバン・メイト(講師)派遣決定について(通知)

申込者 様

保健福祉課長

下記のとおり決定いたしましたので、通知します。

派遣日時	平成 年 月 日()	時 分 ~	時 分
講師の氏名			