



高砂市認知症サポーター養成講座開催申請書

年 月 日

高砂市地域包括支援センター 様

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申請します。

ふりがな 担当者氏名		
担当者連絡先		電話番号 自宅：_____ 携帯：_____
主催団体名		
開催希望日時	第1希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時間 : ~ :
	第2希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時間 : ~ :
会場名称		
会場住所		
参加予定者		
参加予定人数		名
会場設備		<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> マイク ※使用できる設備にチェックを入れて下さい。
備考		

※提出先

高砂市地域包括支援センター 電話：079-443-3723 FAX：079-443-0505