



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：_____			
団体名					
開催希望日時	第1希望	平成	年	月	日() 午前・午後
	第2希望	平成	年	月	日() 午前・午後
会場名称					
会場住所					
対象者					
受講予定人数		名			
会場設備		<input type="checkbox"/> DVD <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