



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
	第 2 希 望	令和	年	月	日 ()	午前 ・ 午後
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