

認知症サポーター養成講座開催申込書

年 月 日

(あて先) 平群町長

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

太枠内を記入して下さい。

住 所	〒	
団体名		
代表者		
電 話		
F A X		
E - m a i l		
希望日時	第1希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	第2希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
開催場所	会場名	
	所在地	
	DVD使用 可・不可	
参加予定人数	人	
備考		

申込方法など

- ・おおむね10名以上で構成された団体やグループで申し込みしてください。
- ・時間は原則として平日の午前9時から午後5時までの1時間半程度です。(ご希望により相談に応じます。)
- ・地区の集会所など、ご指定の会場にお伺いします。会場の準備、企画等は皆様でお願いします。また、会場は町内に限ります。
- ・開催の2週間前までにお申し込みください。

問い合わせ先：平群町地域包括支援センター (Tel 0745-45-7012)