

認知症サポーター養成講座 出前申込カード

		年 月 日	No.	
依頼者	氏 名 (団体名)			
	連絡先	☎ () — Fax ()		
依頼内容	福祉学習 希望内容	認知症サポーター養成講座		
	希 望 内 容 (具体的な内容の希望があれば記入ください)			
希望の 日程・場所	第一希望日 令和 年 月 日 () 時 分 ～ 時 分 場所 :	第二希望日 令和 年 月 日 () 時 分 ～ 時 分 場所 :		
(対象者) 人数	(対象者 合計 名	受講対象区分 に○をつけて ください	住民グループ・企業・行政 学校 (小学校・中学校・高校) 団体・その他 ()	
費 用	無料 ※ただし、材料費など実費 が必要な場合、体験用具等を使用し 破損・紛失があった場合は使用者の 責任において負担願います。	打ち合わせ希望日 (時間)	【第一希望】 / 時間 : 時 分 【第二希望】 / 時間 : 時 分	
V 災害共済加入状況		加 入 (年 月 日) ・ 未 加 入		
処 理 状 況				