

(様式第4号)

年 月 日

大 川 市 長 殿

申込者氏名 : \_\_\_\_\_

申込者住所 : \_\_\_\_\_

T E L : \_\_\_\_\_

F A X : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

### 認知症サポーター養成講座 実施報告書

認知症サポーター養成講座を実施しましたので、次のとおり報告します。

開 催 年 月 日	平成 年 月 日 ( )
開 催 時 間	時 分 ~ 時 分
開 催 場 所	
受 講 団 体 ・ グ ル ー プ 名	受講者人数( 人)
受 講 者 区 分	1 住民      2 企業・職域団体      3 学校 4 行政      5 その他 ( )
備 考	(計画No. )

(注意事項)

- 1 実施報告書は、開催後すみやかに提出をお願いします。
- 2 受講者には「大川市認知症サポーター養成講座修了証」を交付しますので、別紙受講者名簿を必ず添付してください。
- 3 実施報告書の提出は、大川市健康課高齢者支援係 (TEL85-5524)へお願いします。

