

(様式第1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 開催申込書

認知症サポーター養成講座の開催について、次のとおり申し込みます。

開催希望日①	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
開催希望日②	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
開催希望日③	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
開催場所	(ビデオデッキ:有・無 DVDプレイヤー:有・無)
受講団体・グループ名	受講予定者(人)
担当者氏名	
受講者区分	1 住民 2 企業・職域団体 3 学校(小・中・高 年) 4 行政 5 その他 ()
開催にあたって要望したいこと	

(注意事項)

- 1 開催時間は、原則として60分~90分程度とします。学校で開催する場合は授業時間に合わせることも可能です。
- 2 申込書は、開催を希望する日の1ヶ月前までに提出してください。
- 3 お申込みは、大川市健康課 (Tel85-5524)までお願いします。