認知症サポーター養成講座実施申込書

申請年月日：　令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 実施団体名 | 　 |
| 実施会場 | ※DVDの上映　　可能・不可能 |
| 参加予定人数 |  |
| 希望日時 | ※①第１希望　②第２希望①令和　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　　時　　　　分開始②令和　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　　時　　　　分開始　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【担当者連絡先】

|  |
| --- |
| 会社・事業者名（実施団体と同じ場合は記載不要） |
| 担当者名 |
| 住　所 |
| 連絡先（電話/FAX) |



・8名以上で、お申込みいただけます。

・所要時間は120分程度です。

・学生の方が参加するときは事前にお申し出ください。