

認知症サポーター養成講座講師派遣申込書

年 月 日

沼津市長寿福祉課長 様

団 体 名
申込者住所
申込者氏名
電 話

次により、認知症サポーター養成講座の講師派遣を受けたいので申し込みます。

受 講 対 象 者		受 講 予 定 人 数	人
開 催 目 的			
開 催 日 時	年 月 日 () (午前・午後) 時 分～ (午前・午後) 時 分		
開 催 場 所 及 び 施 設 名			
備 考			

◎講座開催日時の一か月前までには、申し込むようお願いいたします。