

認知症サポーター養成講座講師派遣申込書

令和 ○ 年○ 月○ 日

沼津市長寿福祉課長 様

団 体 名 ○○老人会
申込者住所 沼津市御幸町16-1
申込者氏名 沼津 太郎
電 話 055-934-4835

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	○○老人会会員	受講予定人数	○ 人
開催目的	当老人会でも会員の年齢が高齢化してきており、近所の人や家族が認知症という話も聞かれるようになってきている。そこで、認知症について学び、どのように接していけばいいかを学ぶために開催する。 等		
開催日時	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○) (午前・午後) ○ 時 ○ 分～(午前・午後) ○ 時 ○ 分		
開催場所及び施設名	○○地区集会所		
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。