

認知症サポーター養成講座 受講申込書

※の項目は必須です。

希望日時※	令和 年 月 日 (曜日)		
	午前・午後	時	分 ~ 時 分
受講団体	団体名		
	担当者名※		
	電話番号※		FAX 番号
	e-mail		
開催場所※	会場名		
	所在地	三郷市	
	設備	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> その他 ()	
受講予定人数※	人		
一般参加の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 可とした場合、「一般市民の方の個人参加が可能なサポーター養成講座」として、講座の開催情報を三郷市ホームページで公開します。		
その他	(どのようなかたが対象か、また、どのような事を主に知りたいか。)		

(提出先)

〒341-8501 福祉部長寿いきがい課地域包括係

FAX : 048-953-7881

(注意事項)

- ・ 受講申込書は開催希望日の45日前までに提出してください。
- ・ 会場の手配は受講団体でお願いします。