

つがる市認知症サポーター養成講座開催申込書

令和 年 月 日

下記のとおり認知症サポーター養成講座の申し込みをします。

※太枠の中を記入してください。

住 所	〒		
団 体 名			
代 表 者			
電 話			
希 望 日 時	第1希望	年 月 日()	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日()	時 分～ 時 分
予 定 会 場 (会場は、申込者 で確保願います)	会場名 電話 所在地 〒		
参加予定人数	人		
受 講 対 象 者	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. その他()		
備 考			

1、申し込み :開催日のおおむね、2カ月前までに提出願います

2、提出先 :つがる市健康福祉部介護課高齢福祉係

TEL 0173-42-2111(内線242) FAX 0173-49-1230

3、開催日時については、講師の都合上、ご希望に添えない場合もございます。日程の調整にご協力ください。