

認知症サポーター養成講座開催申込書

日高町門別地域包括支援センター施設長 様

認知症サポーター養成講座を開催したいので次のとおり申し込みます。

申 込 日	令和 年 月 日		
実施団体 (主催者)	団 体 名		
	連 絡 先	担 当 者 名	
		住 所	〒 ー
		電 話 番 号	() ー
		F A X 番 号	() ー
開 催 日 時 (※)		令和 年 月 日 (曜日) 開始時間 (:) ~ 終了時間 (:)	
開 催 場 所	会 場 名		
	住 所	日高町	
	設 備	<input type="checkbox"/> ビデオデッキ <input type="checkbox"/> DVDプレーヤー <input type="checkbox"/> テレビ	
受 講 予 定 人 数	人		
そ の 他			

1. 開催日の「30日」前までにお申し込み下さいますようお願い申し上げます。

2. お申し込み・お問い合わせ先

日高町門別地域包括支援センター

住所：〒059-2192 日高町門別本町210番地の1

FAX (01456) 2-5615 TEL (01456) 2-6789

※ 養成講座は、60～90分程度で開催しますので、企画の際にご留意下さい。