

(申し込み先)守谷市役所 健幸長寿課 地域ケア推進グループ

認知症サポーター養成講座 開催申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 年 月 日

申し込み者氏名 又は 申し込み団体名		
代表者住所		
代表者氏名		
代表者連絡先	電話番号	
開催希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
開催希望場所	名称	
	所在地	
	電話番号	
受講対象者区分 該当する番号に○ を付けてください。	1 市民 2 自治会 3 民生委員 4 企業・職域団体（業種） 5 学校（小学校・中学校・高等学校） 6 その他 ()	
受講予定者	名（男性 名・女性 名）	

上記の個人情報は、本講座開催にのみ使用し、他の用途には使用しません。

注1) 希望にそえない場合がありますので、申し込み前にご相談願います。

注2) 準備の都合により、開催日30日前までに申し込みください。

質問等ご自由にご記入ください。