

認知症サポーター養成講座申込書

団 体 名						
代 表 者 名						
連 絡 先		氏 名				
		住 所				
		電話番号				
		e-mail				
日 時	第 1 希 望	令和	年	月	日 (曜 日)	時 分 から
	第 2 希 望	令和	年	月	日 (曜 日)	時 分 から
予定会場		会 場 名				
		所 在 地				
参 加 予 定 人 数		人				
備 考 (講座についての希望等があれば記入してください。)						

【注意事項】

- 1 講座の開催につきましては、開催の 1 か月前までに高齢者幸福課地域支援係までお申込みください。
(講師派遣等の調整のため)
- 2 講座は 90 分となりますので、ご了承ください。
- 3 営利活動、宗教活動又は政治活動を目的とする場合には、講座を開催できません。
- 4 申込後、実施する担当課から連絡先に記載された方に連絡をし、打合せをさせていただきますが、業務の都合により、日程の調整をさせていただく場合がありますのでご了承ください。
- 5 開催に当たっては、感染症の感染拡大防止に努めてください。

※住所、氏名、電話番号等の個人情報は、講座の申込内容の確認以外には利用いたしません。

《申込み・問合せ先》

〒324-8641 大田原市本町 1 丁目 4 番 1 号 大田原市役所
 高齢者幸福課 地域支援係
 電話：0287-23-8917 FAX：0287-23-4521
 e-mail：kourei@city.ohtawara.tochigi.jp