**認知症サポーター養成講座申込書**

あわら市健康長寿課長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　日： | 令和　年　月　日（　） |
| 代表者（担当） |
| 住　所： |  |
| 名　前： |  |
| 電話番号（自宅又は携帯）： |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 希 望 日： | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 依頼時間： | 午前　　時　　分　～　　時　　分 |
| 会　　場： |  | （あわら市　　　　　　　　　　　） |
| 対 象 者： | （約　　名） |
| ※その他同時開催事項があれば、下記へお書きください。 |
|  |  |  |

問合せ

あわら市健康長寿課介護支援グループ

電話　７３－８０２２（直通）

FAX　 ７３－５６８８