

認知症サポーター養成講座申込書

あわらし健康長寿課長 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・午後 時 分 ～ 時 分

会 場： (あわらし市)

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

あわらし健康長寿課介護支援グループ

電話 73-8022 (直通)

FAX 73-5688