

認知症サポーター養成講座申込書

令和 年 月 日

亘理町長 殿

申込者 _____
団体名 _____
代表者氏名 _____ 印
住 所 _____
連絡先電話番号 _____

認知症サポーター養成講座の受講にあたり、下記のとおり申し込みます。

記

開催希望日時	第1希望	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分から
	第2希望	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分から
開催会場	会場名	
	所在地	
参加予定人数	約 人	
講演希望時間	約 分	
講演内容の希望	※特に聞きたいこと、知りたいことなどがあれば、ご記入ください	

※会場の手配等は、申込者の方が行ってください。

※認知症サポーター養成講座の所要時間は、1時間～1時間半です。

※講座の冒頭でDVDを15分視聴しますので、テレビやプロジェクター等の機材をご用意願います。(機材の用意ができない場合はご相談ください)