

# 認知症サポーター養成講座申込書

令和 年 月 日

団体名  
代表者 住所  
氏名  
電話

認知症サポーター養成講座を次のとおり申込みします。

希望日時	第1希望日 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分 第2希望日 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分
会場名	(名称) (所在地) 阿久根市 (電話) —
参加予定人数	計 人 10代 人 40代 人 70代 人 20代 人 50代 人 80代 人 30代 人 60代 人
実施の方法	<input type="checkbox"/> 「認知症サポーター養成講座」単独で実施 <input type="checkbox"/> 他の会合と合わせて実施 (会合名: )
備考	

※ 講座の時間は60～90分になります。

※ 開催希望の1か月前までにお申込みください。

※ 認知症について、特に知りたいことや困っていること等ある場合は、備考欄に記入をお願いします。

## 【お問合せ先】

阿久根市地域包括支援センター

阿久根市鶴見町 200 番地

電話:0996-73-1272

FAX:0996-73-0297