

様式第1（第6条関係）

認知症サポーター養成講座開催申込書

提出日 年 月 日

申込者 (個人・団体)			
代表者の氏名			
担当者の氏名			
住所	〒		
電話		FAX	
E - M a i l			
開催日時	第1希望	年 月 日 ()	時 分から
	第2希望	年 月 日 ()	時 分から
	第3希望	年 月 日 ()	時 分から
開催場所	会場名		
	住所		
	電話番号		FAX
受講予定人数	名		
その他要望			

※開催日の概ね45日前までに提出してください。

※講座の受講料や講師に係る費用は無料です。ただし、開催に係る会場使用料やその他の費用については、申込者側で負担してください。

※代表者又は担当者の方と事前に簡単な打合せを行います。

※講座を受講された方のお名前等は東郷町認知症サポーター名簿にて管理します。認知症サポーターの養成状況等を把握するためであり、他の目的には使用しません。