

認知症サポーター養成講座 開催申込書

令和 年 月 日

川南町長

次のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

申込団体名			
担当者氏名			
所在地	川南町大字		
連絡先	TEL:	FAX:	
予定参加人数	人		
希望日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		
希望場所			
機材の有無	<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> テレビ・ビデオ		
その他			

※上記の個人情報は、本講座開催のためだけに用い、他の用途には用いません。

※準備の都合により、開催の1ヶ月前までにお申込みください。

令和 年 月 日

認知症サポーター養成講座 開催決定について（通知）

申込者様

川南町長

下記のとおり決定いたしましたので、通知します。

講座開催日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		
開催場所			
講師の氏名		連絡先	