**認知症サポーター養成講座　申込書**

　（太枠内をご記入ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第一希望 | 年　　　月　　　日（　　）  午前・午後　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 第二希望 | 年　　　月　　　日（　　）  午前・午後　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 会　場 | 使用できる設備等  （スクリーン　・　プロジェクター　・　パソコン　・　DVD　） | |
| 対象者  （団体名） |  | |
| 予定人数 | 名 | |
| 備考  （質問や希望など） |  | |
| 上記のとおり申込します。  　　　年　　　月　　　日  《申込者》  住所　　　　　　　　　　町　　　　　番地  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－ | | |

◎ご記入後は，小松市役所 長寿介護課へご提出ください。

FAXや郵送でも受け付けいたします。

〒９２３－８６５０　小松市小馬出町９１番地（電話２４－８１６８　ＦＡＸ２３－３２４３）