**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）