

「 認知症サポーター養成講座 」 出前講座申込書

年 月 日

団体名・企業名	
ふりがな 担当者名 電話番号	TEL. ()
住所・所在地	豊中市
希望日時	【第1希望日】 月 日 () : ~ : 【第2希望日】 月 日 () : ~ : 【第3希望日】 月 日 () : ~ :
会 場	《会場名》 (会場住所) 豊中市
希望内容	*標準教材の内容で実施しますが、特に内容のご要望があればお書きください。
実施方法	<input type="checkbox"/> 「 出前講座 」 単独で実施 <input type="checkbox"/> 「 他の会合と合わせて実施 」 (会合名:)
参加予定者	《人数》 人 (およその男女比 :) およその年齢層
備 考	

※ 豊中市 長寿安心課 (FAX 06-6858-3611) へ 送信してください。

【 お問合せ先 】 豊中市 長寿安心課 相談支援係 (TEL 06-6858-2865)