

認知症サポーター養成講座申込書

年 月 日

社会福祉法人
小松島市社会福祉協議会事務局長 殿

団 体 名
住 所
代 表 者

⑩

認知症サポーター養成講座を開催したいので、講師の派遣をお願いします。

記

1 開催希望日時 年 月 日 (曜日)
時 分 ~ 時 分

2 開催希望場所 名 称
所在地

3 参加予定者人数 _____ 名

(_____)

4 担当者氏名・連絡先

氏 名 _____

連絡先 _____