

山口市認知症サポーター養成講座申込書

令和 年 月 日

山口市認知症サポーター養成事業事務局 様

団体名

代表者住所

氏名

電話

次のとおり認知症サポーター養成講座を申し込みます。

希望日時	第 1 希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
	第 2 希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
会 場	名 称			
	所在地		電話	
参加予定人数	人			
開催にあたって 要望したいこと				

(注意事項)

- 1 開催時間は、原則として1時間30分以上とします。
- 2 申込書は、開催を希望する日の40日前までに提出してください。
- 3 申込み及びお問い合わせは、山口市認知症サポーター養成事業事務局（山口市高齢福祉課内）にお願いします。

T E L 0 8 3 - 9 3 4 - 2 7 5 8

F A X 0 8 3 - 9 3 4 - 2 6 4 7