

(様式A)

泉大津市認知症サポーター養成本部事務局 宛

泉大津市認知症サポーター講座 開催申込書

申 込 日		平成 年 月 日
実施団体	名 称	
	担 当 者	
	電話番号	
開催予定日時 (所要 60分～90分)		平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
開催場所	名 称	
	住 所	
	使用できる機材	DVD デッキ ・ プロジェクター ・ スクリーン ・ パソコン
予定人数(10名～)		人
対 象 者		
そ の 他 (講座に関する希望など)		

※開催予定日の1か月前までにお申し込みください。

(お電話又はFAXでの申し込みも受付しています。)

〔申込み先〕 泉大津市認知症サポーター養成本部事務局
(泉大津市地域包括支援センター 認知症サポーター講座担当)
〒595-0026 泉大津市東雲町9-54 (ベルセンター内)
TEL 0725-21-0294
FAX 0725-21-8294