

会津若松市認知症サポーター養成講座開催申込書

No. _____

申込日 年 月 日

申込者	団体等の名称			
	代表者氏名			
	担当者氏名			
	担当者住所			
	担当者連絡先	電話	—	FAX
参加予定人数		人		
開催日時		年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分		
会場	名称			
	所在地			
	設備	<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> パソコン		
備考				
<p>■ 申込み・問合せ先 会津若松市 高齢福祉課 地域支援グループ 〒965-8601 会津若松市東栄町3番46号 TEL 39-1290 FAX 39-1431</p>				

※以下、市役所の記入欄

このことについて次のとおり決定していかげですか。				(年 月 日)
課長	グループリーダー	事業担当	グループ員	
開催の日時				
開催の場所				
担当講師				