「認知症サポーター養成講座」開催申込書

申込日：　　年　　月　　日

開 催 日 時	令和　　年　　月　　日（　　） 午前　　：　　～午前　　： 午後　　：　　～午後　　：
開 催 場 所	
受講予定者数	人
受講団体名・ グループ名	
代 表 者 名	
連　絡　先	住所： 電話：　　（担当：　　）
受講対象者 （該当No,に〇を）	１．住民　２．企業・職場　３．学校 ４．その他（　　）

以下は**オレンジステッカーを希望される団体のみ**記入して下さい。

団体の総従業員数	
ホームページ掲載希望 （いずれか〇で囲む）	希望する　　希望しない

◎申し込み先　　鳥栖市　高齢障害福祉課　高齢者支援係（ＦＡＸ可）

TEL　８５－３５５４　・　FAX　８５－２００９

【事務局記載欄】

了承する　　・　　了承しない

派遣キャラバン・メイト名	