

花巻市認知症サポーター養成講座申込書

令和 年 月 日

花巻市認知症サポーター養成講座事務局 宛

団 体 名 _____

担当者氏名 _____

電 話 番 号 _____

次のとおり認知症サポーター養成講座を申込みます。

1 希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
2 会 場	名 称 所在地 電 話
3 受講予定人数	人 (年代 才代)
4 特に聞きたい 内 容	1 認知症の疾患について 2 認知症の症状について 3 認知症の方への対応の仕方について 4 認知症についての相談先
5 その他	

【注意事項】

- ※開催時間は、原則として90分とします。
- ※申込書は、開催を希望する日の1か月前までにご提出ください。
- ※申込み確認後、担当者宛に打ち合わせのため連絡いたします。

花巻市認知症サポーター養成講座事務局
花巻市認知症地域支援推進員(花巻中央地域包括支援センター内)
電話 24-7246 FAX 21-3785