

「刈谷市認知症サポーター養成講座」 申込書

日 時 (約60分～90分)	令和 年 月 日 () 午前 時 分 ～ 午前 時 分 午後 午後 時 分	
場 所	名称 : 住所 :	
使用機材 有無 (受講者にて準備可能な機材は有、準備不可の機材は無に○をつけてください)	ノートパソコン	有 ・ 無
	プロジェクター	有 ・ 無
	スクリーン	有 ・ 無
受講予定者数 (おおむね15人以上)	人	
受講団体名・グループ名		
代 表 者 名		
連 絡 先	住所 : 電話 :	
受 講 対 象 者 (該当 No, に○を)	1. 住民 2. 企業・職場 3. 学校 4. その他 ()	

※受講予定人数が15人に満たない場合は長寿課へご相談ください。

※受講希望日の1カ月前までに申込みをしてください。

※日程については、講師との調整次第でご希望に添えないことがあります。

【申込先】

長寿課 介護予防推進係

TEL 0566-62-1063

