



認知症サポーター養成講座 申込み

太枠内に必要事項をご記入ください。

申込日：令和 年 月 日

申込者氏名 又は申込団体名			
住 所	〒		
連 絡 先	☎	携帯電話	
代表者氏名			
開催希望日時	令和 年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
開催希望場所	名 称		
	所在地		
受講対象者	1. 住民 2. 企業・職域団体 () 3. 学校 (小 ・ 中 ・ 高) 校 () 年生 4. その他 ()		
受講予定者数	_____ 名 (男性 _____ 名 女性 _____ 名)		
受講希望理由	1. 認知症についてくわしく知りたい 2. 認知症の人が身近にいる 3. ボランティア活動として興味があった 4. その他 ()		

※ 上記の個人情報は、本講座の開催のためだけに用い、他の用途には一切使用いたしません。

※ 講座開催希望日の30日前までに申し込みをお願いします。開催日がせまっても講座の開催はご希望にそえないことがありますので、あらかじめご了承ください。

※ ご不明な点がございましたら、由布市地域包括支援センター 認知症地域支援推進員までご連絡ください。(☎ 097-582-0106)

由布市地域包括支援センター 行 : FAX 097-582-0108

