

平成 年度認知症サポーター養成講座申込書(草津市老上地域包括支援センター)

| | | | |
|-------|------------------------------------------------------------------|------------------------|---|
| 受付者 | | 受付日 | |
| 実施日 | | | |
| 時間 | | | |
| 場所 | | 下記の備品のうち、ある物に○をつけてください | |
| | | プロジェクター・スクリーン | |
| 実施主体 | 老人クラブ サロン 町内会 NPO 企業等 民生委員 ボランティア 有志 市民センター(公民館)行 事 その他() | | |
| 団体名 | | 参加予定人数 | 名 |
| 代表者氏名 | | | |
| 連絡先 | | | |
| 備考 | | | |

※1か月前までに申し込み願います。(事前にお電話ください)