

# 認知症サポーター養成講座申込書

竹田市地域包括支援センター長 様

年 月 日

申込者住所： \_\_\_\_\_

申込者名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 自治会名： \_\_\_\_\_

※太枠のみご記入してください。

|                     |  |
|---------------------|--|
| 実施日                 | 第1希望日 令和 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで                      |
|                     | 第2希望日 令和 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで                      |
| 実施場所                |  |
| 対象者                 |  |
| 参加予定数               | 人  |
| 何か希望がありましたらご記入ください。 |  |
| キャラバン・メイト担当地区       |  |
| 講座担当者               | ① _____ ② _____ ③ _____<br>④ _____ ⑤ _____ ⑥ _____ |

## <お問い合わせ先>

竹田市地域包括支援センター（長寿支援センターつるかめ）

TEL：64-0310 FAX：63-1050 担当：河野・甲斐・阿部