

課長	支援第 係長	第 係 保健師	地区担当 C W	保健医療・ 認知症対策 係長	保健医療・ 認知症対策 係員

## 認知症サポーター養成講座 受講申込書

町会/団体名			
住 所			
申込者氏名		電 話	

以下の設問について、○またはご記入をお願いします。

1. 「認知症サポーター養成講座」の受講希望理由をお書きください。

--

2. 実施の時期は？

(1) 第1希望 \_\_\_\_\_ 月頃      第2希望 \_\_\_\_\_ 月頃

(2) 実施希望日時が具体的に決まっている場合は、第1希望～第3希望までお書き下さい。

第1希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後      第2希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後

第3希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後

※ なお、実施日時については講師の都合等によりご希望に添えない場合があります。あらかじめ、ご了承ください。

3. 会場は

① 用意できる

(1) 【会場名】 \_\_\_\_\_ (2) 【会場住所】 \_\_\_\_\_

② 用意してほしい

4. 参加予定人数 \_\_\_\_\_ 人

5. 講座についてのご意見、ご希望、ご質問がありましたらご記入ください。

--

申込先 品川区高齢者福祉課・保健医療・認知症対策係  
FAX 03-5742-6881