平成　　年　　月　　日

(あて先) 介護保険課長

団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認知症サポーター養成講座の開催について（依頼）

1. 希望する講座名	認知症サポーター養成講座
2. 内　容	認知症に対する正しい知識と具体的な対応などについて学ぶ
3. 日　時	平成　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：
4. 会　場	
5. 対　象	
6. 参加予定人数	

〔連絡先〕

担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿