

令和 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	令和 年 月 日 () : ~ :
4. 会 場	
5. 対 象	
6. 参加予定人数	

[連絡先]

担当者 _____

電話 _____

F A X _____