

## 認知症サポーター養成講座申込書

申込日 令和 年 月 日

団 体 名	
-------	--

連 絡 先	担当者氏名			
	住所	〒520-	大津市	
	TEL	—	—	
	FAX	077-	—	
	メール	@		

開催希望日時	第1希望	年	月	日( )	時	分	～	時	分
	第2希望	年	月	日( )	時	分	～	時	分
	第3希望	年	月	日( )	時	分	～	時	分
会場	会場名 _____								
	会場所在地 _____								
参加予定数	(*おおむね5名以上の団体)								名
講座開催希望理由									

☆申込は受付順とします。

☆会場はご準備下さい。

☆1ヶ月前までにはお申込み下さい。

☆申込み受付後、事務局からご連絡し、開催日時など詳細について調整させていただきます。

**【事務局】**

大津市健康福祉部長寿福祉課 認知症施策推進室

〒520-8575 大津市御陵町3番1号

TEL : 077-528-2741      FAX : 077-526-8382

メール : otsu1456@city.otsu.lg.jp