

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
	電話番号	— —
	ファックス番号	— —
	E-mail アドレス	@

開催希望日時	第1希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第3希望	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		

☆会場はご準備ください。

☆40日前までにはお申込みください。

☆講座時間は90分程度。

☆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】

大津市役所長寿政策課

〒520-8575 大津市御陵町3番1号

TEL 528-2741 Fax 526-8382

E-mail : otsu1437@city.otsu.lg.jp