

添書不要

福島市長寿福祉課 地域包括ケア推進室 行 FAX: 024-526-3678

## 『認知症サポーター養成講座』申込書(FAX 用)

申し込み日( . . )

|      |                                                                                                                                  |  |  |  |        |   |  |  |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------|---|--|--|--|
| 事業所名 |                                                                                                                                  |  |  |  |        |   |  |  |  |
| 代表者  |                                                                                                                                  |  |  |  | 担当者    |   |  |  |  |
| 住所   | 〒 -                                                                                                                              |  |  |  |        |   |  |  |  |
| 連絡先  | 電 話 - -<br>F A X - -                                                                                                             |  |  |  |        |   |  |  |  |
| 希望日時 | 第1希望 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分<br>第2希望 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分<br>第3希望 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分                                              |  |  |  |        |   |  |  |  |
| 会場   |                                                                                                                                  |  |  |  | 予定参加者数 | 名 |  |  |  |
| 準備物  | 〈パソコン〉有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 〈スクリーン・プロジェクター〉有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> |  |  |  |        |   |  |  |  |