

局長	次長	課長		係

# 認知症サポート夕養成講座申込書

申し込み日： 年 月 日

申し込み団体名

参加予定人数

人

代 表 者

氏 名：

電 話：

住 所：

希 望 日 時

年 月 日 ( ) 時 分から ( 分程度)

開 催 場 所

設備等状況

①床（フローリング・たたみ）

②椅子・机・座布団

③黒板・ホワイトボード（あり・なし）

④磁石（OK・NG）



お問い合わせ先

**本巢市地域包括支援センター**

〒501-0466 岐阜県本巢市下真桑1199番地1 真正老人福祉センター内

**TEL:058-324-5166 FAX:058-324-5167**

センター受付欄

■受付日： 年 月 日 受付者： \_\_\_\_\_

■当日担当者： \_\_\_\_\_