

FAX 029-868-7638

つくば市地域包括支援課 介護予防・認知症支援係行

令和 年 月 日

認知症サポーター養成講座 申込書

申込者	団体の名称			
	代表者住所	〒		
	代表者名	Tel.		
希望日時	第一希望	令和 年 月 日()	時 分	～ 時 分
	第二希望	令和 年 月 日()	時 分	～ 時 分
会場名称		所在地	Tel.	
参加予定 人数	成人・高校生 人	中学生 人	小学生 人	合計 人
備考				

※第1希望日、第2希望日をご記入ください。業務の都合によりご希望の日時に講座を開催できない場合もありますのでご了承ください。その場合は、改めて日時を調整させていただきます。