

| | | | |
|----|------|----|---|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | |

認知症サポーター養成講座講師派遣申請書

団体名

住所

責任者名

(電話： —)

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 講座の主な対象者 ○で囲んでください | 女性会 地域公民館 老人会 趣味の会 職場の研修 その他 () |
| 希望日時 | 年 月 日 時 分～ 時 分 |
| 参加 予定人数 | 名 |
| 開催会場 | |
| 備考 | |

上記のとおり認知症サポーター養成講座を開催したいので申請します。

年 月 日

真岡市いきいき高齢課長 様

申請者 住所
氏名

TEL