| 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<br>〇で囲んでください | 女性会　　地域公民館　　老人会　　趣味の会<br>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

真岡市高齢福祉課長　様

申請者　　住　所
氏　名

ＴＥＬ