

認知症サポーター養成講座開催申込書

平成 年 月 日

白馬村長 へ
(白馬村地域包括支援センター)

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

団体名 (地区名)			
代表者			
代表者住所	白馬村大字	城	番地
電話番号			
希望日時	第1希望	平成	年 月 日 () 時 分から
	第2希望	平成	年 月 日 () 時 分から
予定会場			
参加予定人数	人		
備考			

※ 講座時間は約90分です。

※ 講師の都合により希望日に添えない場合は、別途日程調整をさせていただきます。