

認知症サポーター養成講座 出前講座申込み用紙

申込日 年 月 日

フリガナ		
申込団体名		
フリガナ		
担当者 (職種・役職)		
所在地	〒 - 魚津市	
連絡先	TEL:	FAX:
	E-mail:	
予定参加人数	人	
希望日時		
希望場所		
機材の有無	プロジェクター	有・無
	DVDプレイヤー	有・無
	パワーポイント	有・無
	スクリーン	有・無
その他		

※上記の個人情報は、本講座開催のためだけに用い、他の用途には用いません。

注1)開催日時については、相談の上決定させていただきます

注2)準備の都合により、開催の1ヶ月前までにお申込みください



魚津市地域包括支援センター予防係
(魚津市役所社会福祉課内)

TEL : 23-1093

FAX : 23-1073