



いなべ市認知症サポーター養成講座申込書

太枠内に必要事項を記入してください。 申込日 年 月 日

申込者氏名			
団体名			
住所・所在地			
連絡先	電話		FAX
	担当者氏名		E-mail
開催希望日時	第1希望	年 月 日()	時 分から 時 分まで
	第2希望	年 月 日()	時 分から 時 分まで
開催場所	名称(所在地)		
利用可能機材	機材	スクリーン 【 有 無 】 プロジェクター【 有 (音声出力 可 不可) 無 】 ノートパソコン【 有 (DVD読込 可 不可) 無 】	
受講予定者	1 市民 2 自治会 3 民生委員 4 企業・職域団体(業種) 5 学校【 小学校・中学校・高等学校・その他()】 6 その他()		
人数	名		

(申込先) いなべ市 長寿福祉課
 〒511-0498 いなべ市北勢町阿下喜31番地
 TEL 0594-86-7819
 FAX 0594-86-7865

