

(送付先) 尾道市社会福祉協議会 地域福祉課

〒722-0017 尾道市門田町22番5号 尾道市総合福祉センター内

TEL(0848)22-8385 FAX(0848)20-0120 E-mail:c-shakyo@bbbn.jp

尾道市認知症サポーター養成講座「開催申込書」

申込日 平成 年 月 日

太枠内に必要事項を記入してください。

受講 団体	団体名称	
	代表者	氏名:
		住所:
TEL:	FAX:	
希望日	第一	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分
	第二	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分
会場	会場名称	
	住所	TEL:
機材	ビデオ 【 有 無 】	
	スクリーン 【 有 無 】	
受講 対象者 区分	1. 住民 () 2. 企業・職域団体 (業種:) 3. 学校[小学校・中学校・高等学校・その他()] _____ 学年] 4. 行政 () 5. その他 ()	
予定人数	名	
備考		

※上記の個人情報、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) 希望にそえない場合がありますので、申込前にご相談ください。。

注2) 準備の都合上、開催の1か月前までにお申し込みください。