

# 認知症サポーター養成講座申込書

令和 年 月 日

南あわじ市 市民福祉部地域包括支援室長 様

団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_

認知症サポーター養成講座を下記のとおり申込みます。

## 記

実施希望日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ : ※希望日時確認後、調整させていただきます。
開催場所	
参加予定人数	人
参加対象者	

### 【申込先】

南あわじ市 市民福祉部 地域包括支援室  
〒656-0492 南あわじ市市善光寺 22 番地 1  
TEL:0799-43-5237 FAX:0799-43-5317