

認知症サポーター養成講座開催申込書

申込日：令和 年 月 日

受講団体・グループ	
担当者	(担当者連絡先)
受講対象者	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. 行政 5. その他 (該当の番号に○をつけてください)
受講予定者数	人
希望開催日	令和 年 月 日 ()
時間	時 分 ~ 時 分
場所	
その他	



【 提出先・お問い合わせ 】

市川市 福祉部 地域支えあい課
認知症サポーター養成講座事務局
TEL: 047-712-8521
FAX: 047-712-8789