

受講申込書

申込日： 令和 年 月 日

講座名：認知症サポーター ステップアップ講座

住 所： _____

氏 名： _____

(認知症サポーター養成講座 修了日： _____)

電話番号： _____

備 考：(ご要望、ご質問がありましたら、記入してください。)

申 込：電 話： 5 3 - 4 0 3 1

F A X： 5 3 - 4 0 3 2

メールアドレス：houkatsu@town.chikujo.lg.jp

受付開始：令和3年12月6日から

※定員になり次第、受付を終了します。