認知症サポーター養成講座開催依頼書

安芸高田市キャラバン・メイト事務局　宛

（安芸高田市健康長寿課）

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団 体 名 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連 絡 先 | 住所：安芸高田市　　　　　町 |
| 電話： |

次のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日時 | 第1希望 | 　年　　月　　日（　　）　　時　　分　　～　　　時　　分 |
| 第2希望 | 　年　　月　　日（　　）　　時　　分　　～　　　時　　分 |
| 場所 | 会場名 |
| 対象者人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　)人 |
| 備考 |  |

※講師等の都合により依頼内容について調整させていただく場合があります。