

認知症キッズサポーター養成講座開催申込書

学 校	学校名			
	担当者名 (連絡窓口)			
	所在地	稲沢市		
	電話番号		FAX 番号	
	Eメール			
日 時	第1希望	令和 年 月 日 (曜日)	:	~ :
	第2希望	令和 年 月 日 (曜日)	:	~ :
開催場所	会場名			
	設 備	☐ ビデオ ☐ DVD ☐ プロジェクター ☐ パソコン		
受講者	対 象 (学年等)			
	予定人数	人		
その他 (受講日の概要やご要望等を記載ください) *記入例 〇〇の授業の中で開催する				

- ・開催希望日の90日前までにお申し込みください。
- ・申請書提出及び問合せ先
 稲沢市役所 高齢介護課 長寿グループ
 電 話 0587-32-1293 (ダイヤルイン)
 FAX 0587-32-8911
 Eメール kaigo@city.inazawa.aichi.jp

この欄は記入しないでください。

〔担当課処理欄〕

日 時	令和 年 月 日 (曜日)	:	~ :
講 師			