FAX送信状

発信者

　　発信者

　　発信日

　　連絡先

宛先

いきいき健康課　高齢支援係

　　　(担当)認知症地域支援推進員

FAX：０４２－５９７－４３６９

E-Mail:kourei@town.hinode.tokyo.jp

一般用

認知症サポーター養成講座　調整申込み票

|  |  |
| --- | --- |
| ｸﾞﾙｰﾌﾟ・団体　名 | 記載例：○○区自治会・○○の会・○○婦人部　等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地域・仲間・事業所等・その他(　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 担当者名（当該講座の具体的な調整の際、ご連絡をさせて頂きます。） | 　　　　　　　　　　　　　　　　様　🕿　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 開催日程（候補日いくつか）（時期・時間等大まかな予定でも結構です） |  |
| 会　場 | ・・未　定 |
| 受講の形態 | ・一般的な受講・事業所職員等の研修として・その他（　　　　　　　　　　） |
| テキスト数※テキストは、受講された方へのみ配布いたします。 | ・受講者予定人数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 (変更は可能です) |

※後日、日の出町包括支援センターから日程調整のご連絡をさせて頂きます。