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。