

(様式1)

「安城市認知症サポーター養成講座」開催申込書

開催日時	平成 年 月 日 ( ) 午前 ~ 午前 午後 ~ 午後
開催場所	
受講予定者数	人
受講団体名・ グループ名	
代表者名	
連絡先	住所： 電話：
受講対象者 (該当 No, に○を)	1. 住民 2. 企業・職場 3. 学校 4. その他 ( )

◎申し込み先 介護保険課介護保険係 (FAX. メールでも可)

・ FAX 74-6789

・ メールアドレス [kaigo@city.anjo.aichi.jp](mailto:kaigo@city.anjo.aichi.jp)

※代表者の方は講座開催終了後に、参加者名簿及び開催報告書(様式2)を提出してください。

【事務局記載欄】

了承する ・ 了承しない

派遣キャラバン・メイト名	
--------------	--