〇送付先：大野市健康長寿課地域包括支援Ｇ　行
TEL:65-5046　FAX：66-0294　（結とぴあ内）

大野市認知症サポーター養成講座　申込書

団　体　名		
担 当 者 名		
連　絡　先	TEL: FAX: ﾒｰﾙ：	
希望日・時間	第１希望	月　日(　)　：　～　：
	第２希望	月　日(　)　：　～　：
対　　象		
予　定　数	名	
会　　場		
備　　考	※希望の講師があれば、記入してください。(　　)	

※希望日の１ヶ月前までにお申込下さい