

○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