認知症サポーター養成講座実施依頼書

太枠内に必要事項を記入してください。　　申込日　　年　　月　　日

団体名				
住 所				
連絡先	電 話		ＦＡＸ	
担当者氏名			E-mail	
実施希望日時	第１希望	令和　　年　月　日（　）　時　分から　時　分まで		
	第２希望	令和　　年　月　日（　）　時　分から　時　分まで		
実施場所	会場名			
	所在地			
受講対象者 該当する番号に○を付けてください。	1　住民 2　企業・職域団体（業種　　） 3　学校［小学校・中学校・高等学校・その他（　　）］ （学年＿＿年） 4　その他（　　）			
受講予定人数	名			
広報掲載	可　・　不可 ※認知症サポーター養成講座の様子（写真等）を紹介します。			

［申込先］伊予市役所 長寿介護課 地域包括担当
〒７９９－３１９３ 伊予市米湊 ８２０ 番地
TEL ９８２－１１１１　FAX ９０９－６３３５
Eﾒｰﾙ ：cyojyu-kaigo@city.iyo.lg.jp