

認知症サポーター養成講座申込み書

下松市役所 高齢福祉課 長寿支援係 宛 FAX: 0833-41-1515

※詳しくは、長寿支援係（45-1837）までお電話いただくか、
こちら【[下松市 認知症サポーター](#) 】でご確認ください。

氏名		電話番号	
住所			
グループ・団体名			
受講者の年齢層	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳代以上 (複数回答可)		
受講者の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (複数回答可)		
受講者の所属先	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 自治会 <input type="checkbox"/> 婦人会 <input type="checkbox"/> サークル・サロン・クラブ <input type="checkbox"/> 友人同士 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他		
受講予定人数	約 人		
他団体との合流	<input type="checkbox"/> 合流可能 <input type="checkbox"/> 合流できない		
会場名または施設名			
開催希望日	・ 第1候補日 令和 年 月 日(: ~ :) ・ 第2候補日 令和 年 月 日(: ~ :) ・ 第3候補日 令和 年 月 日(: ~ :)		
連絡事項			

FAX送信日：令和 年 月 日