

認知症サポーター養成講座申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 茨木市認知症サポーター養成講座
自治体事務局

団 体 名

代 表 者

連絡担当者

住 所 茨木市

電 話 番 号

FAX 番 号

1 希望日時

第一希望

年 月 日 ()
時 分 ~ 時 分

第二希望

年 月 日 ()
時 分 ~ 時 分

2 会 場

(部屋)

住所 茨木市

3 設 備 等

- ① パソコン (あり ・ なし)
- ② プロジェクター (あり ・ なし)
- ③ スクリーン (あり ・ なし)
- ④ 電源:コンセント (あり ・ なし)
- ⑤ 駐車場 (あり ・ なし)

4 予定人数

_____ 人

5 その他

(留意事項等)