

年 月 日

敦賀市福祉保健部長寿健康課長 宛

団体所在地  
団体名  
代表者名

認知症サポーター養成講座 講師派遣依頼書

みだしのことについて、下記により、認知症サポーター養成講座を実施したいので、講師（キャラバンメイト）の派遣を依頼します。

団体名				
所在地				
連絡先	電話		FAX	
担当者氏名				
開催希望日時	年 月 日 ( ) : ~ :			
開催希望場所	名称			
	所在地			
受講者対象区分	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（ ）			
受講予定者数	名			