

年 月 日

敦賀市福祉保健部長寿健康課長 宛

团体所在地

团体名

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		F A X	
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			