



認知症サポーター養成講座（申込書）

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 ※受講人数は、10人以上でお申込みください。		
ホームページ掲載	可 ・ 不可 ※認知症サポーター養成講座の様子（写真等）を松山市役所（介護保険課）のホームページで紹介します。		

〔申込先〕松山市役所 介護保険課（別館2階）

〒790-8571 松山市二番町4丁目7-2

TEL：948-6949

FAX：934-0815

Eメール：kaigo@city.matsuyama.ehime.jp

