

提出先

鹿屋市役所 高齢福祉課 地域包括ケア推進係

メール : kourei@city.kanoya.lg.jp

電話 : 0994-31-1116

FAX : 0994-41-0701

鹿屋市認知症サポーター養成講座 受講申込書

団体・ グループ名	
代表者名	
電話番号	
希望日時	※講師派遣等の調整のため、希望日は最短でも申込日から1か月以上後に設定していただきますようご協力をお願いいたします。 第1希望： 年 月 日 () 時 分～ 時 分 第2希望： 年 月 日 () 時 分～ 時 分
実施場所 (所在地)	(住所：)
参加者予定数 (10人以上)	
その他	団体(グループ)もしくは実施場所において、準備可能なものに○をお願いします。※使用の有無は、状況や派遣する講師によって異なります。 【パソコン・プロジェクター・スクリーン・スピーカー・マイク】
備考	