白井市認知症サポーター養成講座申込書

令和　　年　　月　　日

白井市高齢者福祉課長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　白井市認知症サポーター養成講座について、次のとおり申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催希望日 | 第１希望　　 | 日付：令和　　年　　月　　日（　）時間：　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 第２希望 | 日付：令和　　年　　月　　日（　）時間：　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 第３希望 | 日付：令和　　年　　月　　日（　）時間：　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 場所 | 名称：住所： |
| 受講予定人数 |  |

以下は、記入しないでください。

|  |
| --- |
| 処理欄 |
| 高齢者福祉課記入 | 決定日時 | 日付：　　年　　月　　日（　）時間：　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 担当者名 |  |