

【提出先】 FAX:03-3980-5040 E-mail:A0029294@city.toshima.lg.jp

豊島区高齢者福祉課 介護予防・認知症対策グループ 宛

認知症サポーター養成講座 申込書

申込日	年 月 日		
ふりがな			
受講団体名			
ふりがな			
申込者氏名			
連絡先 <small>日中、確実に連絡できる ものをお書きください</small>	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		
受講者	例:地域住民 社員、学生 等	人数	名
開催形態	●対面型講座 ●オンライン講座 ●対面とオンラインのハイブリッド講座		
開催場所	名称		
	住所		
開催希望日時 <small>できれば第3希望まで お書きください</small>	①	年 月 日()	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
	②	年 月 日()	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
	③	年 月 日()	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
質問等 何かございましたら ご記入ください			