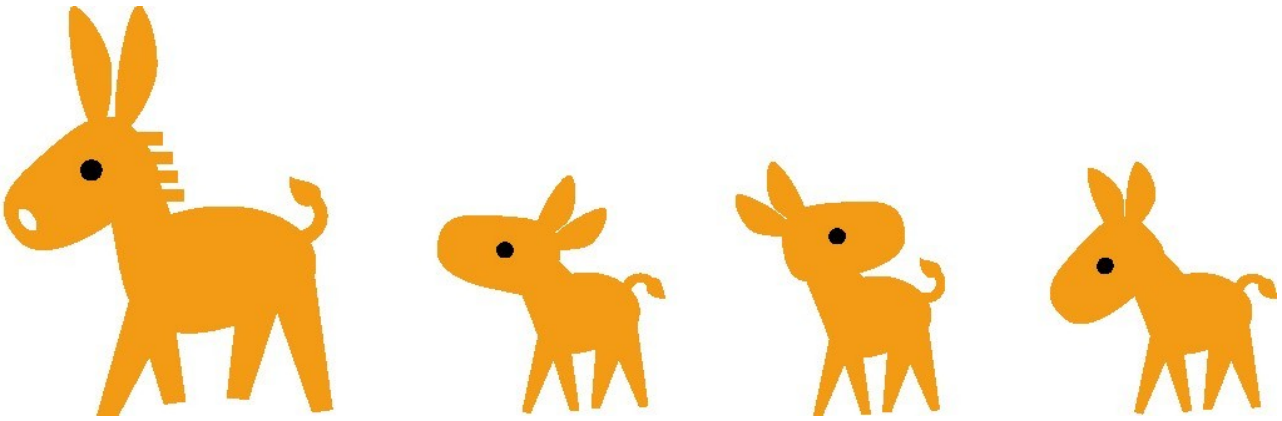
FAX 送付先 デイサービス昭和館 宛

06-6655-5671

2018 大阪市認知症キッズサポーター養成講座 受講申込書

申込日　平成　３０年　　月　　日

ふりがな		性別	年齢
おなまえ		男 ・ 女	歳
おところ	おおさかし		
ふりがな		性別	年齢
保護者のお名前		男 ・ 女	歳
保護者の連絡先	ー　　ー　　（自宅・職場・携帯）		
ファックス番号	ー　　ー　　（自宅・職場）		
メールアドレス			
受講日時	平成 30 年 9 月 23 日（日） 13：00 ～ 14：00		

申込書により知り得た個人情報については、当講座の開催に関することにのみ使用します。
定員を超えるお申し込みにより、お断りする必要がある場合のみ連絡します。