

FAX 送付先 **デイサービス昭和館 宛**

06-6655-5671

2018 大阪市認知症サポーター養成講座 受講申込書

申込日 平成 31 年 月 日

フリガナ		性別	年齢
お名前		男・女	歳
ご住所	大阪市		
勤務先			
勤務先ご住所	大阪市		
日中の連絡先	—	—	(自宅・職場・携帯)
ファックス番号	—	—	(自宅・職場)
メールアドレス			
受講日時	平成 31 年 3 月 9 日 (土) 18:00 ~ 20:00		
オレンジリング	認知症サポーター養成講座の受講歴	初めて・(回目)	
介護経験	仕事で介護経験あり ・ 家族の介護経験あり ・ 介護経験なし		

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。

