

FAX 送付先 **デイサービス昭和館 宛**

06-6655-5671

2019 大阪市認知症サポーター地域活動促進講座 受講申込書

申込日 令和元年 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 該当に☑	<input type="checkbox"/> 令和元年 12 月 14 日 (土) 11:30 ~ 13:30 <input type="checkbox"/> 令和元年 12 月 22 日 (日) 13:30 ~ 15:30		
オレンジリング	認知症サポーター養成講座の受講歴	平成・令和	年 月 頃
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		
認知症カフェ	常連 ・ たまに参加 ・ 以前に参加していた ・ 参加を検討		

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。

