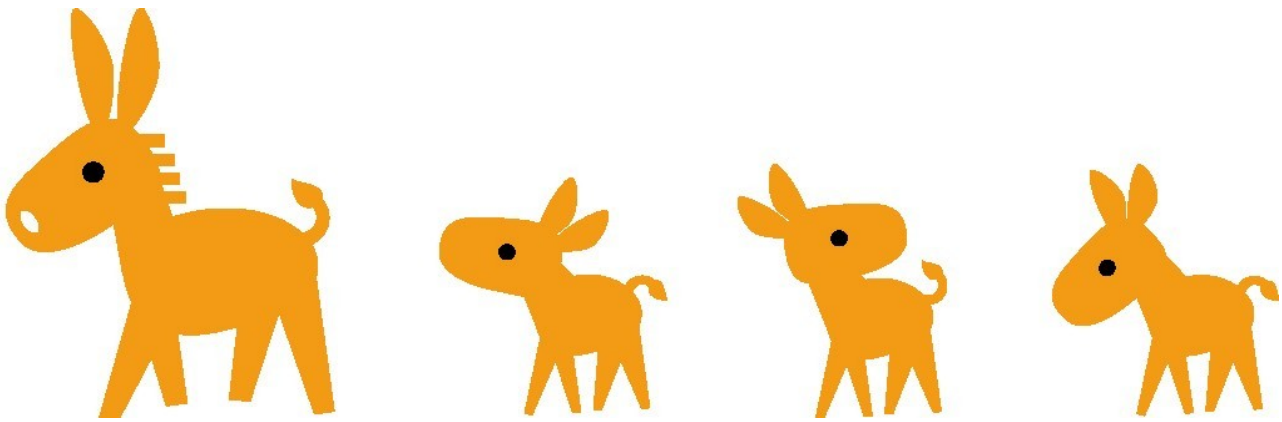
FAX 送付先 デイサービス昭和館 宛

06-6655-5671

2019 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 2019 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	令和元年 5 月 5 日（日・祝） 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。