

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ステップアップ講座 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	令和元年 12 月 8 日 (日) 13:00 ~ 16:00		
オレンジリング	平成・令和 年に	区にて認知症サポーター養成講座受講	
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。

