

FAX 送付先 **デイサービス昭和館 宛**

06-6655-5671

2019 年度 大阪市認知症サポーター養成講座（365DAY 開催対応）受講申込書

申込日 令和 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 | | | |
| 受講ご希望日 | 第1希望(月 日)・第2希望(月 日)・第3希望(月 日) | | |
| 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。

