



認知症サポーター養成講座申込書



	申込日	年	月	日
希望日	第一希望	年	月	日 ()
	第二希望	年	月	日 ()
時間	:	~	:	
講座内容 希望の番号に○印	① 講話とクイズ ② 講話と寸劇 (意見交換を含む) ③ おまかせ			
会場	学(地)区	下の備品のうち、ご用意いただけるものに○をしてください。		
		プロジェクター スクリーン		
団体名		参加人数 (予定) 人		
代表者名				
連絡先				
駐車場の有無	有 (台) ・ 無 ※講座内容②を希望する場合は、4台程度の駐車場確保が必要です			
備考				

*希望日の1か月前までに申込みください。

*講座内容等について、担当者からご連絡いたします。

【申込・お問い合わせ】

草津市役所 長寿いきがい課 長寿政策係

電話：561-2372 FAX:561-2480 Mail: choju@city.kusatsu.lg.jp