認知症サポーター養成講座申し込み

申込日　令和　　年　　月　　日

対象・団体名等	
申込者（代表）	
担当者（連絡先）	
実施希望日時	
実施希望場所	
対象者 参加人数	
講座受講の きっかけ	1．社員研修として 2．サロン活動等の一環 3．協定締結 4．自主開催（　　）
対象者の高齢者 との接点	1．多い　　2．少ない　　3．その他（　　）
三豊市ホームページへの実施団体名掲載の可否（いずれかに✔）	□可　　□不可
講座開催にあたってのご希望など	

◎申し込み窓口◎
三豊市地域包括支援センター（介護保険課内）
高瀬町下勝間２３７３番地１
TEL　７３－３０２１
Fax　７３－３０２３