

認知症サポーター養成講座 申込票

企業・団体名			
担当者様ご氏名		連絡先	
住所・所在地			
受講希望日時	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に希望はない。(後日日程調整をさせていただきます。) ・ ()月ごろに受講したい。 ・ 希望日時が決まっている。 ⇒()月()日 ()時～ 		
受講者数(予定)	名		
講座開催場所(予定)			
<p>下記の事項は、企業・団体様でのサポーター養成講座開催にあたり、講座内容の参考にさせていただいたためのものです。差し支えない範囲で構いませんので、ご記入ください。</p>			
<p>○企業・団体に所属されている方の年代別人数(おおまかな人数で結構です)を教えてください。</p> <p style="text-align: center;"> 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代以上 (名) (名) (名) (名) (名) (名) (名) </p>			
<p>○認知症サポーター養成講座で聞きたいこと、教えてほしいことがあれば教えてください。 (若年性認知症について、認知症の方がお客さんとして来られたときについて、など)</p>			