

認知症サポーター養成講座 申込書

JA 愛媛厚生連
健康指導課 行
F A X 089-970-2088

農業協同組合 印

標記について、下記のとおり申込みいたします。
記

1. 実施団体名	
2. 参加人数	約 名
3. 希望日程	ご希望の日時 【第1希望】 令和 年 月 日 () 『 午前 ・ 午後 』 【第2希望】 令和 年 月 日 () 『 午前 ・ 午後 』
4. 対象者の年齢と人員	歳代 ~ 歳代まで 約 人
5. 事務局	氏名： 連絡先：
6. その他	ご意見・ご要望があれば、ご記入ください。

お問い合わせ先 JA 愛媛厚生連
健康指導課
TEL 089-970-2070