

送信票不要

送信先：むつ市地域包括支援センター
認知症サポーター養成講座担当者 行
FAX：0175-33-1101

認知症サポーター養成講座開催申込書

申込日 年 月 日

申込団体名			
住所・所在地			
電話番号		FAX	
e-mail			
担当者氏名			
開催希望日時	第一希望	年 月 日 ()	時 分から
	第二希望	年 月 日 ()	時 分から
開催会場			
受講予定者数	人		
ホームページ掲載について	可 不可 ※講座の写真等の様子を市のホームページに掲載させていただきます。		
備考			

1. 開催日の概ね1か月前までに提出してください。
2. 後日、市担当から連絡をします。お申し込みから1週間たっても連絡がない場合は、お手数ですが下記までご連絡をお願いします。
3. 講座開催後には受講者の氏名、性別、年代、町名などを記入した名簿を提出していただきます。
4. 提出先 むつ市地域包括支援センター
〒035-8686 むつ市中央1-8-1 TEL: 0175-22-1111 (内線2557)
5. **新型コロナ感染症対策のため、発熱や咳などの症状がある場合は参加を見合わせる、マスクの着用、密閉を防ぐための換気、密集を防ぐための参加人数制限、密接を防ぐための距離をとることなどにご協力をお願いします。**