

平成29年度認知症サポーター養成講座開催 申込書

市町村老連名：

老連

1 希望あり

希望開催日時	第1希望	平成 年 月 日() 午前・午後
	第2希望	平成 年 月 日() 午前・午後
	第3希望	平成 年 月 日() 午前・午後
開催会場及び 連絡先	会場名・部屋名	
	〒 電話	
参加予定人数		名
備考	使用する会場について、該当するものを○で囲んでください。 ①映写できる機器 : DVD ・ P C ②マイク : 有 ・ 無	

※必ず、第3希望まで記入してください。(希望が少ないと、ご希望に添えない場合がございます。)

※なお、宮城県老人クラブ連合会の行事都合により、以下の日程を除いてください。

平成29年1月19日(木)、平成29年1月26日(木)

※下記の時間帯を参考に開催可能な午前・午後のどちらか、または両方を○で囲んでください。

午前の部 10時00分～11時30分

午後の部 13時30分～15時00分

(多少の時間変更は調整が可能です)

2 希望なし

3 検討中 (月 日頃に開催予定)