様式－１

令和　　年　　月　　日

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
ＦＡＸ　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。

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