

以下の用紙に必要事項をご記入のうえ、下記申込締切日までにFAX・メールでお送りください。なお、電話での申し込みも受け付けております。

認知症サポーター養成講座・

認知症サポーターステップアップ講座参加申込書

○	日にち	講座名	申込締切日	認知症サポーター養成講座の受講に関し記載若しくは○をつけて下さい	
	9/8 (日)	認知症サポーター 養成講座	9/4 (水)	初めての受講	再受講
<u>稚内市保健福祉センター</u> 3階 健康増進室 (稚内市中央4丁目16番2号)					
	9/29 (日)	認知症サポーター ステップアップ講座	9/20 (金)	() 年頃受講	不明
<u>稚内総合文化センター</u> 2階 会議室A (稚内市中央3丁目)					

会場が違うためご注意ください

希望する講座に○を記入してください

※ステップアップ講座は認知症サポーター養成講座受講済みの方が対象です
※両方受講することも可能です

(ふりがな)	性別	年齢
お名前	男性 ・ 女性	
ご住所 電話番号	(〒 -) 電話： FAX：	

＜認知症サポーターステップアップ講座を受講する方＞

講座終了者として上記個人情報を登録することに同意します。

署名 _____

※登録された個人情報は稚内市の認知症施策以外に使用することはありません。

申込書
送付先

(FAX、郵送または電子メールで返信してください)

稚内市生活福祉部 長寿あんしん課 (稚内市地域包括支援センター)

〒097-0022 稚内市中央4丁目16番2号

(電話：23-8585 FAX：23-8586)

メールアドレス：tyouzyu@city.wakkanai.jg.jp