**認知症サポーターフォローアップ講座 申込用紙**

下記、必要事項をご記入のうえ**2019年6月14日（金）まで**に、

羽島市地域包括支援センターへご持参いただくか、FAXでお送り下さい。

　　※当日は認知症サポーターの証である「オレンジリング」を

申込日：　　　　月　　　　日

　　　ご持参ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 年齢 | 　　　歳 | 性別 | 男・女 |
| 連絡先 | 住所（〒　　　-　　　　） |
| 電話番号 | 　（　　　　　　）　　　　　　― |
| 質問、ご要望 |  |

※参加お申込みいただいた方については、原則受講決定とし、定員を超えた場合のみ連絡させていただきます。

※本申込みにより、いただいた個人情報については、当事業の目的以外で使用することはありません。

**申込用紙送付先**

〒501-6255　羽島市福寿町浅平３丁目２５番地

羽島市地域包括支援センター　　担当：横山・日江井

TEL: 058-394-2521（8：30～17：15） FAX : 058-394-2522