コグニサイズ講座

認知症サポーター養成講座　　　　　受講申込書

フレイルチェック

※希望する講座に〇をしてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 実施希望日 | 開始時間（どちらかに〇） |
| 第1希望 | 年　　月　　日（　　　） | 午前９時３０分　午後１時３０分 |
| 第2希望 | 年　　月　　日（　　　） | 午前９時３０分　午後１時３０分 |
| 第3希望 | 年　　月　　日（　　　） | 午前９時３０分　午後１時３０分 |

|  |  |
| --- | --- |
| コグニサイズのお申込みはコースを選択して下さい | ６０分コース　９０分コース |

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 参加予定人数 |  |
| 実施場所 |  |
| 担当者名 |  |
| 日中連絡の取れる電話番号 |  |

【提出先】〒297-8511　茂原市道表１

茂原市役所高齢者支援課　地域包括支援室

電話　　０４７５（２０）１５８３（上記の内容をお知らせください）

ＦＡＸ　０４７５（２０）１６１０（上記を送信してください）

メール　　[houkatu@city.mobara.chiba.jp](mailto:houkatu@city.mobara.chiba.jp)（上記の内容を記載してください）