

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○をしてください

	実施希望日	開始時間 (どちらかに○)
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 hokatu@city.mobara.chiba.jp (上記の内容を記載してください)