

たまな認知症応援団養成講座 受講申込書

お名前	(ふりがな)
住所	〒
中学校区 (○を付けてください)	玉名中 玉南中 有明中 玉陵中 岱明中 天水中
電話番号	連絡のつきやすい番号をお書きください。
ご所属 (職場・団体等)	
今までに認知症サポーター養成講座を受講されたことはありますか？ (オレンジリングを持っていますか？)	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

受講しようと思われた動機や意気込み等お書きください。

本用紙にて、下記までFAXもしくはご提出をお願いします。

申請先

■玉名市包括支援センター(福祉センター内)
〒865-0016 玉名市岩崎88-4
TEL71-0285 Fax71-0360