

# 「神戸市認知症研修」 受講申込書

平成 年 月 日

申込代表者	氏名 (団体名)	( )		
	住所	〒 区 神戸市 区		
	電話番号	078 - -		
	FAX番号	078 - -		
希望日時 (必ず第3希望まで 記入してください。)		① 平成 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで ② 平成 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで ③ 平成 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで ※この研修と他の行事プログラムとの組み合わせを予定されている場合には、その内容を記入してください。		
希望コース名 (○を付けてください。)		コース A ・ B ※BコースはAコースを受講された方が対象になります。		
受講人数		約 名	受講対象者	
研修会場 (申込者にご用意 いただきます。)		電話 -		
講師に対する質問などが 事前にありましたらお書き ください。 ※当日の研修の中でも質 問をお受けします。				

**神戸市社会福祉協議会 FAX(078)271-1172**

## 神戸市社会福祉協議会記入欄

実施日時	年 月 日 ( ) ( 時 分から 時 分)
実施場所	
担当講師	

《決裁欄》

平成 年 月 日

依頼に基づき、左記の通り実施してよろしいか。

部 長	課 長	担 当	起案者