

FAX 078-271-5366

認知症サポーター養成講座

参加申込書

※申込み締め切り日・・・ ① 平成29年 9月28日(木)

② 平成29年10月20日(金)

お住まいの区	区		
フリガナ			
氏 名	(男 ・ 女)		
年齢 (該当する年齢に○印を入れてください)	10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代以上		
お電話番号	— 上記以外の昼間の連絡先 (— —)		
FAX 番号	—		
参加希望日 (希望日に○をしてください)	①	10月 5日(木) 18:00~19:30 こうべ市民福祉交流センター 2階 201	
	②	10月28日(土) 10:30~12:00 たちばな職員研修センター 3階 研修室	

※当日は直接会場へお越しください。

※定員を超えるお申込みがあり、受講をお断りする場合のみ、
ご連絡させていただきます。

<お問い合わせ>

社会福祉法人神戸市社会福祉協議会
こうべ認知症生活相談センター

担当：藤原、久我

TEL：078-271-5081

FAX：078-271-5366