

(申込先)会津坂下町役場 生活課保険年金班高齢者支援係
TEL0242-84-1513 FAX0242-83-1144

No.

会津坂下町認知症サポーター養成講座開催申込書

申込日 令和 年 月 日

申込者	団体等の名称	
	代表者氏名	
	担当者氏名	
	担当者連絡先	
参加予定人数	名	
開催希望日時	令和 年 月 日 () 時 分～	
開催場所		
認知症の中で特に学びたいこと (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 認知症の症状 <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> 相談窓口 <input type="checkbox"/> 受診する医療機関(診断・治療) <input type="checkbox"/> 認知症の人との接し方・対応方法 <input type="checkbox"/> 認知症介護をしている家族の気持ち <input type="checkbox"/> 認知症の人や家族が参加できる認知症カフェ <input type="checkbox"/> その他 ()	

以下、町役場記入欄

担当講師	
参加人数	
開催日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分