

(様式4)

## 認知症サポーター養成講座実施依頼書

届出日 年 月 日

北見市長(保健福祉部介護福祉課) 様

以下のとおり、認知症サポーター養成講座の実施を依頼します。

団体名		
代表者		
連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
希望開催日時	年 月 日 ( ) : ~ :	
開催場所	会場名	
	住所	
	電話番号	
予定参加者数		
参加者状況		
講座で知りたいこと		