

令和元年度

認知症サポーターステップアップ講座 受講申込書

【送付先】

メール：m-akatsuka-er@pref.fukui.lg.jp

F A X : 0776-20-0642 (TEL : 0776-20-0330)

福井県健康福祉部長寿福祉課地域包括ケアグループ 赤塚 行

ふりがな	
氏名	
所属	
住所	〒
ご連絡先	電話 () -

認知症サポーターステップアップ講座への申し込みをしていただき、ありがとうございます。
下記のアンケートにご協力をお願いいたします。

Q1.認知症サポーターとして地域で何か活動を行っていますか？

(当てはまるものに○を付けてください)

はい . いいえ

Q2.活動を行っている場合は、どのような活動を行っていますか？

※提出していただきました個人情報につきましては、市町に提供し、市町が地域活動への協力等の連絡をさせていただくために使用するものであり、それ以外の目的では使用いたしません。