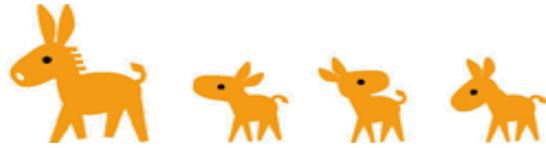


平成 28 年度

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>

FAX : 0776-20-0642

メール : k-saitou-ih@pref.fukui.lg.jp

福井県 長寿福祉課 在宅ケア推進グループ 齊藤 行

申込日：平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
住所	〒
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
ご連絡先	電話 () — ※日中連絡のつく連絡先をご記入ください。
キャラバン・メイトの有無	有り (メイト ID 福井 — —) ※メイト ID を忘れた方は空欄で結構です。 無し

※認知症サポーターステップアップ講座修了者の情報は、市町に提供される場合がございます。

【お問い合わせ先】

電話 : 0776-20-0332

福井県 健康福祉部 長寿福祉課 在宅ケア推進グループ 齊藤