認知症サポーター養成講座開催に係る回答書

企業・会社名

代表者名

開催したい(できる)を選択された方は下記の適当と思われる箇所を〇で囲んで下さい。

* 1. 開催希望時期：　 （　　）月希望　　 ・　いつでも良い
  2. 開催希望時間：　　8時～17時の間　　・　　17時以降
  3. おおよその参加人数（1回あたり）

　10人未満　　・　　10～20人　　・　　20～30人

　30～50人　　・　　50人以上

　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　0175－

回答は以上となります。ご協力頂きありがとうございました。

尚、開催してもよいと回答された企業様へ後日、福祉課担当者から連絡致しますのでご協力の程よろしくお願い致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当　福祉課

地域包括支援センター室

織笠

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　 0175-72-4457

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　0175－72－2604

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　MAIL　rks254@rokkasho.jp