

# 認知症出前講座申込書

令和 年 月 日

団体名	
代表者名	
代表者連絡先	電話番号：（ ） 携帯番号：（ ）
実施日	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
開催場所	
参加予定数	
備考	

※時間等についてご相談させていただくことがあります。  
よろしく申し上げます。



(お問い合わせ先)  
竹田市地域包括支援センター  
電話：64-0310  
担当：甲斐・阿部