

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](mailto: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 ( ) —<br>※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 — — )<br>※メイト ID を忘れた方は空欄で結構です。<br>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