

送信先

FAX番号 077-562-3533

滋賀県 南部健康福祉事務所（草津保健所） あて

令和 6 年度  
認知症（若年性認知症を含む）に関する企業向け出前研修 申込書

認知症（若年性認知症を含む）に関する企業向け出前研修について、下記のとおり申し込みます。

事業所名

住所

電話番号

FAX番号

メールアドレス

担当者氏名

1. 研修会参加予定人数

名

2. 研修会希望日時

|      |  |   |  |   |  |   |  |    |
|------|--|---|--|---|--|---|--|----|
| 第1希望 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時～ |
| 第2希望 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時～ |
| 第3希望 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時～ |

3. その他連絡事項

|  |
|--|
|  |
|--|