

令和 年 月 日

認知症サポーター100万人キャラバン
佐賀市事務局 様

代表者 印

(担当者)

(連絡先TEL)

講師の派遣について (依頼)

この度、下記のとおり 認知症サポーター養成講座 を実施しますので、

講師 (キャラバンメイト) の派遣をお願いいたします。

記

1. 名 称 認知症サポーター養成講座
2. 主 催 者 _____
3. 日 時 令和 年 月 日 ()
時 分 ~ 時 分 (90分程度)
4. 会 場 _____
パソコン (有・無)、プロジェクター (有・無) スクリーン (有・無)
5. 参加人数 人

※提出の前にまずはお問い合わせください。(講師の派遣調整のため)

問合わせ先
佐賀市役所 高齢福祉課 地域包括支援係
〒840-8501 佐賀市栄町1番1号
電話 40-7284 FAX 40-7393