年　　月　　日

西条市長　様

　　　　団体名

代表者氏名

住所

電話番号

認知症サポーター養成講座について（依頼）

認知症サポーター養成講座を下記の要領にて開催したいと考えております。

講師の派遣をよろしくお願いいたします。

記

１　日　　時：　　　　　年　　　月　　　日　（　　曜日）

　　　　　　　　　　　　時　　　分　　　～　　　時　　　分

２　場　　所：

３　参加予定人数：

４　そ の 他：