

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願いいたします。

記

- 1 日 時： 年 月 日（ 曜日）
 時 分 ～ 時 分
- 2 場 所：
- 4 参加予定人数：
5. その他：