平成 29 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】
メール：k-saitou-ih@pref.fukui.lg.jp
ＦＡＸ：0776-20-0642
福井県長寿福祉課在宅ケア推進グループ　齊藤　行

ふりがな	
氏名	
住所	〒
ご連絡先	電話（　　）　　－

認知症サポーターステップアップ講座への申し込みをしていただき、ありがとうございます。
下記のアンケートにご協力をお願いいたします。（任意）

Q1.認知症サポーターとして地域で何か活動を行っていますか？
（当てはまるものに○を付けてください）
はい　　・　　いいえ

Q2.活動を行っている場合は、どのような活動を行っていますか？

※提出していただきました情報につきましては、市町に提供し、市町が地域活動への協力等の連絡を、認知症サポーターステップアップ講座受講者にとるために使用するものであり、それ以外の目的では使用いたしません。

【お問い合わせ先】
福井県長寿福祉課在宅ケア推進グループ　齊藤
電　話：0776-20-0332