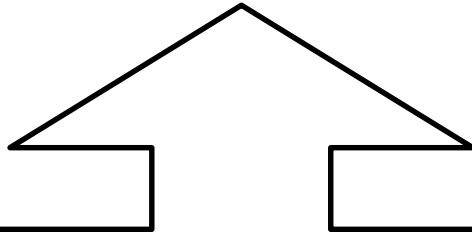


# 申 込 書

## FAX:0285-22-9543

小山市 高齢生きがい課 行



受講コース ○をつけてください	一般向け ・ 親子向け
受講人数	人
受講者 1 (代表者)	(ふりがな) 氏 名 ..... 連絡先 ..... 男・女 歳
受講者 2	(ふりがな) 氏名 ..... 男・女 歳 (小学生の方： 年生)
受講者 3	(ふりがな) 氏名 ..... 男・女 歳 (小学生の方： 年生)

**認知症サポーター養成講座 (一般向け・親子向け)**

○申込：令和8年6月10日(水)から受付開始

一般向け・親子向けともに定員に達し次第締め切り