

<認知症サポーター養成講座 受講者名簿>

小樽市

受講日：令和 年 月 日

受講団体名：

	出欠	氏名	ふりがな	性別	年代 (例:50代)	住所	連絡先 (電話番号又はメールアドレス)
1				男・女	代		
2				男・女	代		
3				男・女	代		
4				男・女	代		
5				男・女	代		
6				男・女	代		
7				男・女	代		
8				男・女	代		
9				男・女	代		
10				男・女	代		
11				男・女	代		
12				男・女	代		

	出欠	氏名	ふりがな	性別	年代 (例:50代)	住所	連絡先 (電話番号又はメールアドレス)
13				男・女	代		
14				男・女	代		
15				男・女	代		
16				男・女	代		
17				男・女	代		
18				男・女	代		
19				男・女	代		
20				男・女	代		
21				男・女	代		
22				男・女	代		
23				男・女	代		
24				男・女	代		
25				男・女	代		

※行数が不足する場合は、適宜、行を追加してください。

※この名簿は、小樽市医療保険部介護保険課(小樽市キャラバン・メイト事務局)で認知症サポーター養成講座の受講者を把握するための名簿です。サポーター人数の把握及び「お知らせ」等の送付以外の目的で使用することはありません。

※キャラバン・メイトの皆様は、講座開催後、実施報告書と合わせて市へ提出してください。