

※名簿の記載は任意です。

枚目

受付No. \_\_\_\_\_

### 《「認知症サポーター養成講座」受講者名簿》

受講日： 年 月 日

受講団体名：

	氏名	性別	年代 (例:50代)	住所	電話番号・FAX
1		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
2		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
3		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
4		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
5		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
6		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
7		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
8		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
9		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
10		男・女	代	久留米市	電話: FAX:

11		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
12		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
13		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
14		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
15		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
16		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
17		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
18		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
19		男・女	代	久留米市	電話: FAX:
20		男・女	代	久留米市	電話: FAX:

※平成27年1月27日付け「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」において、認知症サポーター養成講座を受講された方の把握を求められていることから、久留米市健康福祉部長寿支援課(久留米市キャラバン・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。認知症サポーターの皆様への「お知らせ」等がある際に使用し、それ以外の目的で使用することはありません。