

高齢者福祉・介護予防どこでも出張

講座申込書

地域包括支援センター 宛て
電話 058-394-2521
FAX 058-394-2522

平成 年 月 日申し込み

受付者：

団体名	
担当者氏名	
連絡先	☎ — — 携帯 — — FAX — —
希望日	第1希望：平成 年 月 日（ ） 第2希望：平成 年 月 日（ ）
希望時間（1時間程度）	時 分 ～ 時 分
開催場所（所在地）	羽島市
開催会場名	
参加者人数（10名以上）	名
多い年齢層	歳代
希望するテーマ&内容	
講座の形式	講話 ・ 寸劇
その他 (要望など)	

※ご記入いただいた個人情報は、本講座の実施についての諸連絡のみに使用させていただきます。