

# 高齢者福祉・介護予防どこでも出張

## 講座申込書

連絡先：羽島市地域包括支援センター

TEL394-2521/FAX394-2522

年 月 日申し込み

羽島市南部地域包括支援センター

TEL260-5021/FAX260-5022

受付者：

団体名	
担当者氏名	
連絡先	☎ — — 携帯 — — FAX — —
希望日	第1希望： 年 月 日（ ） 第2希望： 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に使用させていただきます。