

介護予防講座申込書

年 月 日

高齢者福祉課長 様

介護予防講座について、次のとおり申し込みます。

団体・グループ名			
連絡先	代表者名		
	住 所		
	電話番号		
講座テーマ	講座No. ()		
希望日時	第1希望	年 月 日 ()	時 分から 時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分から 時 分
	第3希望	年 月 日 ()	時 分から 時 分
参加予定人数	() 人		
実施会場	[会場名]		
	[所在地]		
	[仕様状況] 畳 ・ 椅子 ※どちらかに○を付けて下さい ◎ 会場使用料をご負担いただく場合があります		
備 考			

(お問合せ・提出先) 高齢者福祉課 高齢者支援班

TEL : 50-1208

FAX : 50-1379