

介護予防講座等 報告書

実施講座	No. ()								
	企業・団体名 ()								
	講座名 (テーマ)								
	()								
開催日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分								
会 場					団体名				
参加人数		10 代	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代以上	合計
	男性								
	女性								
	計								人
感想等									
上記のとおり報告します。 《報告者》 年 月 日 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____									

講座終了後 3 週間以内に小松市長寿介護課へご提出ください。

(提出先・問い合わせ先) 小松市長寿介護課 〒923-8650 小松市小馬出町 9 1 番地
 電話：24-8168 F A X：23-3243 メール：kaigo-sc@city.komatsu.lg.jp