

介護予防講座等 申込書

希望講座	No. () 企業・団体名 () 講座名 (テーマ) ()		
希望日時 ※第三希望までご記入ください	第一希望	月 日 ()	時 分～ 時 分
	第二希望	月 日 ()	時 分～ 時 分
	第三希望	月 日 ()	時 分～ 時 分
会 場	(住所:小松市)		
対象者 (団体名)		予定人数	人
上記のとおり申込みます。 年 月 日 《申込者》 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____ メールアドレス _____			

小松市長寿介護課へご提出ください。講師より連絡をさせていただきます。

(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