

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									
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>《報告者》 _____ 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ 電話 _____</p>									

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 FAX：23-3243 メール：kaigo-sc@city.komatsu.lg.jp