

介護予防講座等 申込書

希望講座	No. ()		
	企業名 ()		
	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) <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> 演台		
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。

(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