

(別紙1)

会津若松市介護予防講座実施申込書

No.	申込日	年	月	日
希望講座メニュー				
団体等の名称				
代表者氏名				
担当者氏名				
担当者住所	〒			
担当者連絡先	☎	—	FAX	—
参加予定人数	人			
開催日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分			
名称	※ 申込み時に確保済みであれば記入してください。			
所在地				
電話	※ 会場に電話があれば記入してください。 ☎ —			
■ 申込み・問い合わせ先 会津若松市 高齢福祉課 地域支援グループ ☎39-1290 FAX39-1431				

※ 以下、市役所の記入欄

このことについて次のとおり決定していかがですか。 (年 月 日)			
所属長	GL	事業担当	グループ員
講座メニューの名称			
開催の日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
開催の場所			
担当講師			