（別紙１）　　　　　　　　　　　　　　会津若松市介護予防講座実施申込書

|  |  |
| --- | --- |
| №　　　　　　 | 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 |  |