

介護予防教室「出前講座」 受講申込書

年 月 日

出前講座を受講したいので、以下のとおり申し込みます。

申込団体名			
代表者連絡先	氏名		
	電話番号		

希望日時	第1希望	年 月 日 ()	時 分 ~	時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分 ~	時 分

開催場所				
------	--	--	--	--

参加予定人数	人			
--------	---	--	--	--

受講希望講座	第1希望	講座番号 ()	内容 ()	
	第2希望	講座番号 ()	内容 ()	
	※講師の都合等により、ご希望の講座が受講できない場合があります。			

備考	<p>※特に希望する内容等があればご記入ください。</p> <p><会場設備> 対応しているものみチェックを入れてください</p> <p> <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> カーテン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード </p>			
----	--	--	--	--

この申込書は開催希望日の1ヶ月前までに提出をお願いします。

電話、FAXの受け付けはしていません。

講師紹介事務

↓ 下記は事務局記入欄 ↓
(出前講座担当者記入)

取扱担当者		確保車両番号		
講師連絡日	紹介講師名	スケジュール入力	講師連絡先	備考

大村市長寿介護課 (担当) 久保・中ノ瀬 本町458-2 プラットおおむら2F (旧浜屋) TEL 0957-20-7301 TEL 0957-53-8141
--