【提出先】幸田町地域包括支援センター

　〒４４４－０１１３　幸田町大字菱池字錦田８２－４

　TEL　０５６４－６２－７３３１　　FAX　０５６４－６２－７２５４

**介護・健康出前講座　申込書**

太枠内に必要事項を記入してください。　　　　　　申込日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込者氏名**  **申込団体名** |  | | | |
| **住所・所在地** |  | | | |
| **連　絡　先** | **電　　話** |  | **F A X** |  |
| **担当者氏名** |  | | | |
| **実施希望講座** | **講座名** |  | | |
| **開催希望日時** | **第１希望** | **平成　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分** | | |
| **第２希望** | **平成　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分** | | |
| **開催希望場所** | **名　　称** |  | | |
| **所在地** |  | | |
| **受付対象者**  **区分**  該当する区分番号に○をつけてください。 | **１　町民　　　　　　　　　　　　　　２　町内会**  **３　民生委員**  **４　企業・職域団体（業種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **５　学校（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
| **受講予定者** | **名** | | | |

**＊上記の個人情報は、本講座開設のためだけに用い、他の用途には用いません。**

決定内容欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 講師名 |  | 職種 |  |
| 開催日時 | 平成　　年　　月　　日（　　）  午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 | | |
| 講座名 |  | | |