**申込先**　幸田町介護サービス事業者連絡協議会事務局（幸田町中部地域包括支援センター内）

ＦＡＸ　０５６４－６２－７２５４　　　電　話　０５６４－６２－７３３１

介護のプロによる出張講座　申込書

**申込書**

　　申込日　　令和　　年　　　月　　　日

太枠内に必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼団体 |  | 代表者名 |  |
| 連絡先 | 住所　４４４－　　　　　　幸田町大字 | | |
| 電話番号：　　　　　　　　　　　　　携帯： | | |
| ＦＡＸ: | | |

**ご希望の内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講座内容 | 第１希望 |  |
| 第２希望 |  |
| 開催日時 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）  午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）  午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 |
| 第３希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）  午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 |
| 開催場所 | 施設名：  所在地： | |
| 対象者 | １、いきいきサロン　２、老人クラブ　３、自主グループ  ４、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 参加人数 |  | |
| 講座の中で特に説明してほしい事項や希望等について |  | |

決定事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当事業所 |  | 担当者 |  |
| 開催日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）  午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 | | |
| 講座内容 |  | | |