

# 地域出前講座申込書

平成 年 月 日

介護療養型老人保健施設みのり  
北川クリニック

宛

【申込者】

代表者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

団体名等 \_\_\_\_\_

地域出前講座を受講したいので、次の通り申し込みます。

希望講座	No	講座名	
	※講座のご案内からお選び下さい。		
参加予定人数			
希望日時	第一希望		
	第二希望		
	第三希望		
場 所			
集会等の目的			
備 考			

※ 申し込めるのは、府中市内に在住・在勤・在学する5名以上の団体・グループです。

※ 会場は府中市内とし、申込者において確保してください。

(但し、遠距離の場合はご相談させていただくこともあります)

※ 業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。

※ 申込先FAX番号 0847-40-0117