



介護予防出張講座

申込書兼FAX送信票

《下記に記載をお願いします》

施設名		
申請者		
電話番号		
講座の希望	日時	第1希望日:令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
		第2希望日:令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
		第3希望日:令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
	受講人数	人
	依頼したい講座内容	

申込先:仙北市包括支援センター FAX:54-1117

