

平成 年 月 日

介護保険出前教室 申込書

グループ名等 ・ 集 会 名 等				
ふりがな				
代表者氏名				
連 絡 先	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	鶴岡市		
	電話番号	自宅・勤務先・携帯 ()		
開催日時		月 日 (曜日) 午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分		
開催場所	施設名			
	住 所			
参加者数及び年齢層等		約	名	おおむね 歳代
主な参加者		<input type="checkbox"/> 町内会関係者 <input type="checkbox"/> 老人クラブ <input type="checkbox"/> 婦人会 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> サロン参加者 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> その他()		
備 考(特に知りたい内容や質問事項があれば、お書きください)				
お問い合わせ先		鶴岡市健康福祉部長寿介護課 高齢者支援担当 叶野 真弓・今野 まどか TEL 0235-29-4180(直通) FAX0235-29-5658 MAIL shien@city.tsuruoka.yamagata.jp		

市記載欄					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> 受付印 </div>
上記について 〇 が従事してよろしいか。					
係員	専門員	主査	課長補佐	課長	
起案 年 月 日		決裁 年 月 日			