

申込書

下記に必要事項をご記入の上、FAXまたはお電話にてお申し込みください。

FAXの場合、後日、こちらから代表者の方に連絡をさせていただきます。

1週間を過ぎても電話がない時は、お手数ですが一度電話でお問い合わせをお願いします。

※GW・年末年始を挟むときは連絡が遅れます。

お申し込みは、準備の都合上開催希望日の2週間前までにお願いします。

団体名		校区	校区
団体の種類	老人会 ・ 高齢者サロン 民生委員児童委員協議会 その他()	人数	人
(ふりがな) 代表者氏名		電話	日中、連絡可能な番号をお書きください
希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
会場名			
会場の住所			
駐車場	有 ・ 無 (近くに有料駐車場 有 ・ 無)		
内容に希望 があればご 記入下さい			
備 考 (その他、連 絡事項等あ りましたらご 記入下さい)			

若松在宅医療・介護連携支援センター

送付先 〒808-0074 若松区藤ノ木2丁目1-29

TEL 752-1117 FAX 752-1118

受付時間 午前9時 ~ 午後5時迄