

袖ヶ浦市介護予防等出張講座講演申込書

令和 年 月 日

袖ヶ浦市長浦地区地域包括支援センター 管理者 様

団 体 名 :
代表者名 :

次のとおり、出張講座の講演を申し込みます。

団体名		参 加 予 定	名
代表者氏名			
代表者住所	袖ヶ浦市		
代表者 電話番号			
希望日時	令和 年 月 日 () 時 分から 時 分 (分)		
開催場所			
希望する テーマ			
講座についての要望等			