

## 介護保険出前教室 申込書

グループ名 ・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			
講話のテーマ・内容等				
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"/> 事業者職員 <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		<b>◆鶴岡市健康福祉部長寿介護課 介護保険適正推進担当</b> TEL 0235-35-1289(長寿介護課直通) 内線532 FAX 0235-29-5658 mail: kaigo@city.tsuruoka.yamagata.jp		

## 市記載欄

上記について					が従事してよろしいか。				
係員	専門員	主査	課長補佐	課長					

受付印

起案令和 年 月 日 決裁令和 年 月 日