

FAX : **0725-40-3441**

和泉市高齢介護室 高齢支援担当 あて

- 内 容：講師による講座と参加者とのディスカッション等
○対 象：和泉市民の高齢者を中心としたおおむね20人以上の団体です。
○場 所：会場の手配や当日の進行などは申込み団体でお願いします。
○日 時：平日の10時～16時（同日の複数回はご遠慮ください）
○所要時間：おおむね60分が目安です。
○費 用：講師料は無料です。
※年間12団体まで申し込み可能。

○次のとおり、和泉市地域出張型在宅医療介護セミナーを申し込みます。
※原則2ヶ月前までに申し込みください

申請日 年 月 日

申請者氏名	申請者住所	
主催団体名	参加予定人数	人
申請者連絡先	自宅電話番号：	FAX番号
	携帯電話番号：	
希望講座番号 () 番	下記に開催希望日時を3つご記入ください (※都合によりご希望に添えない場合もあります)	
第1希望 月 日 () 曜日 時 分 ~ 時 分	第2希望 月 日 () 曜日 時 分 ~ 時 分	第3希望 月 日 () 曜日 時 分 ~ 時 分
開催希望場所	名称：	
	所在地：	
開催場所について	●駐車場 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 台	●プロジェクター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	●スクリーン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (白い壁で代替可)	●マイク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	●DVDプレイヤー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●黒板(ホワイトボード) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他、何か聞きたい事柄があればお書き下さい		

お申込みありがとうございます。後日、講師が決まり次第、連絡いたします。