

「わたしの思い」出張講座申込書

宇治久世医療介護連携センター長 あて

申込日 平成 年 月 日

申込者氏名	住 所	電話番号
団 体 名	代表者氏名	
主な活動内容		所属人数
		名
希 望 日	希望時間	参加予定人数
第1希望 年 月 日 ()	第1希望 時 分～ 時 分	名
第2希望 年 月 日 ()	第2希望 時 分～ 時 分	
会 場	会場所在地	
参加者年代平均	希望講演内容	DVDの装置の有無
歳代		有 ・ 無
備 考		

お問い合わせ：宇治久世医療介護連携センター
TEL 0774-24-1711 FAX 0774-24-8761