フレイル予防出張講座　申込書

提出日：令和　　年　　月　　日

フリガナ		
代表者氏名		
連絡先	電話番号	携帯
団体名		
会場 ※当てはまるものに✓を入れてください	会場名	
	住所 東久留米市	
	会場の広さ	約　　帖　　（定員　　名）
	会場の様式	□　和室　□　洋室
	机の有無	□　有　□　無
	椅子の有無	□　有　□　無
	機材の有無 （有の場合）	□　有　□　無 □　マイク　□　プロジェクター　□　スクリーン
	駐車場の有無	□　有　□　無
参加予定人数	名　程度	
希望の講座内容 ※当てはまるものに✓を入れてください	□口腔体操　□低栄養・食事　□運動・体操 □その他（　　）	
希望日時	第1希望 令和　　年　　月　　日（　　） （午前・午後）　時　分から（午前・午後）　時　分まで	
	第2希望 令和　　年　　月　　日（　　） （午前・午後）　時　分から（午前・午後）　時　分まで	
備考		

【保険年金課　処理欄】

受付日	令和　　年　　月　　日（　　）　担当者：
詳細確認	令和　　年　　月　　日（　　）　担当者：
決定日時	令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分