

口腔ケアから始まる健康づくり講座利用申込書

年 月 日

八王子市長 殿

団体名・グループ名 _____
 代表者 氏 名 _____
 (連 絡 先)
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 F A X _____
 E - mail _____

講座の利用について、次のとおり申し込みます。

希望日時	第1希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	第2希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	第3希望	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
開催会場	会場名 電話番号 住所(公共施設は記入不要)	
参加者予定数	人 ※10人以上でお申し込みください。	
利用者区分	高 齢 者 ・ 介 護 事 業 者	
団体区分	町会・自治会 シニアクラブ サロン 介護事業者 その他 ()	
回答希望日	_____年 月 日 まで	
	※日時の決定などについて回答させていただく期日となっています。申し込み日から <u>3週間程度</u> お時間をいただきます。	
備 考 [打ち合わせ 事項等]		

◆ご利用にあたっての留意事項◆

- (1) 申込書は、**利用希望日の1か月前まで**にご提出ください。
- (2) 開催日は月曜日から土曜日(祝・休日、12月29日～翌年1月3日を除く)となります。開催時間は1回あたりおおむね1時間から1時間30分です。
- (3) 講師等の調整のため、第3希望までご記入ください。
- (4) 開催日時は調整のうえ、変更となる場合があります。

【提出先】
 〒192-8501 八王子市元本郷町3-24-1
 八王子市福祉部高齢者いきいき課 元気応援担当
 電話:042-620-7243 FAX:042-623-6120