年 月 日

介護保険についての出張説明会 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	松山市 町 丁目 番地
	電話番号	自宅・勤務先・携帯

希望日時 ※第2希望まで お書きください。	第1希望	月 日(曜日) 午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分
	第2希望	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	
参加者数及び年齢層等		約 名
主な参加者		☐ 町内会関係者 ☐ 民生委員 ☐ いきいきサロン参加者 ☐ 会社員 ☐ ボランティア ☐ 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)		

※説明に伺った際の謝礼や茶菓子等は不要です。

【問い合わせ先】
松山市福祉推進部介護保険課
介護保険制度啓発担当

TEL 089-948-6840
FAX 089-934-0815

メール kaigo@city.matsuyama.ehime.jp