

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 ・集會名等		
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1希望	月 日(曜日) 午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分
	※第2希望まで お書きください。	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	<input type="checkbox"/> 町内会関係者 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> いきいきサロン参加者 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 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】
松山市保健福祉部介護保険課
介護保険制度啓発担当

TEL 089-948-6949
FAX 089-934-0815