

県民介護講座 小学生用高齢者擬似体験申込書

受付月日()月()日 受付者()
TEL(文書後日)／文書あり

秋田県介護実習・普及センター所長 様

次のとおり、小学生用高齢者擬似体験の受講を申し込みます。

※太枠の中をお書き下さい。

団体名			
フリガナ		性別	男・女
代表者名			
連絡先	〒		
TEL			
FAX			
E-mail			

希望日時	H 年 月 日() ()時()分 ~ ()時()分		
人数	()名	部屋	()時()分~
			()時()分
受講目的	小学生用高齢者擬似体験		
希望内容			
参考資料			
備考			