

FAX:0195-23-6432(二戸保健所内)

# カシオペア医療福祉 オーダーメイド出前講座申込書

申込者 (団体名・代表者)	名称: 住所:〒	
連絡担当者	職: 氏名:	電話: FAX: E-mail:

希望日時	月 日 時～
会場	会場名: 住所: 電話:
講座内容 (できるだけ詳しく記入してください。)	
参集(予定)者数	

※ 希望日時は、土日・休日(終日)または平日18時以降としてください  
参集者数は、10人以上を目安とします。