

平成 年 月 日

青森県介護実習・普及センター 宛

FAX 017-774-3235

TEL 017-774-3234

高齢者疑似体験講座 申込用紙

申込者・団体名 _____

連絡先住所 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

受講希望日等をご記入ください。

受講希望月日	実施時間	連絡責任者	参加者数	備考