お口健やか教室申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 会場 |  |
| 開催状況 | 開催日時：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（例：第３火曜日など）開催時間：　　　　　　　　　　　参加予定人数：　　　　　　　　人　　　（ボランティアも合わせた数を記入）イスの有無：　　　　有　　・　　無電源（コンセント有無）　　有　・　無 |
| 希望コース | □4回コース □3回コース　□２回コース　□１回コース＜内容＞・各回で希望する内容に〇をつけてください。１回目）　歯科衛生士　　①　　　②　　　③　　　管理栄養士２回目）　歯科衛生士　　①　　　②　　　③　　　管理栄養士３回目）　歯科衛生士　　①　　　②　　　③　　　管理栄養士４回目）　歯科衛生士　　①　　　②　　　③　　　管理栄養士 |
| 希望日時 | 第１希望：　　　月　　　日　（　　　）　　　　　時　　　　分　～第２希望：　　　月　　　日　（　　　）　　　　　時　　　　分　～第３希望：　　　月　　　日　（　　　）　　　　　時　　　　分　～第４希望：　　　月　　　日　（　　　）　　　　　時　　　　分　～第５希望：　　　月　　　日　（　　　）　　　　　時　　　　分　～※申込日から希望日までの期間が短いと講師の調整が付かないことがございます。 |
| 連絡者 | 案内の送付先、日時等の打ち合わせを行っていただける方をご記入ください。氏名：電話番号：住所：〒 |
| その他 |  |

申込み・問合せ先

可児市　高齢福祉課　地域包括ケア推進係

ＴＥＬ ： 0574-６２-1111（内線3237） ＦＡＸ ： 0574-60-4616