

「高齢者向け 詐欺・防犯対策 体験型研修」講師派遣申込書

令和 年 月 日

ライフライン・サポート株式会社 担当 柴田 あて
(FAX 027-289-4237)

【申込者】

団 体 名：_____
所 在 地：_____
担 当 者：_____
連絡先電話番号：_____
連絡先 FAX 番号：_____

1 開催希望日時

第一希望	月	日 ()	時	分～	時	分
第二希望	月	日 ()	時	分～	時	分
第三希望	月	日 ()	時	分～	時	分

2 開催場所

施 設 名：_____
所 在 地：_____
電話番号：_____ () _____

※他の会合の一部として開催する場合は、その名称：

3 参加予定人数：_____人

4 実施内容に関する希望

※以下は御記入の必要はありません。

「高齢者向け 詐欺・防犯対策 体験型研修」派遣承り書

次のとおり承りました。

1 日 時 月 日 () 時 分～ 時 分

2 場 所

3 担 当 者 ライフライン・サポート(株)担当 柴田 電話 027-289-4236

4 連絡事項