

栃木県後期高齢者医療広域連合出前講座申込書

年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

申込者 住所又は

所在地 _____

代表者 _____

電話番号 _____

栃木県後期高齢者医療広域連合出前講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

希望する 日 時	第1希望	年 月 日 ()	午前 時 分から	午後 時 分まで
	第2希望	年 月 日 ()	午前 時 分から	午後 時 分まで
場 所	施設名称	電話番号 ()		
	所在地			
集会の 名 称				
参 加 対象者		受講予定人数	人	
希望する テーマ又 は内容				
備 考				