

(様式1)

石川県後期高齢者医療広域連合出前講座受講申込書

<p>●必要事項（太枠部分）を記入し、郵送又はFAX、電子メールでお申し込みください。</p> <p>●申込受付後、当広域連合から決定通知書を送付し、運営方法などについて確認させていただきます。</p>	<p>●申込先●</p> <p>石川県後期高齢者医療広域連合 〒920-0968 金沢市幸町12番1号 石川県幸町庁舎5階 電話 076-223-0140 FAX076-223-0144 メール post@ishikawa-kouiki.jp (「@」を小文字に直した上、 お送りください)</p>
---	---

申込日	平成 年 月 日
団体等の名称	
代表者氏名	
(連絡先) 住所	〒
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	
開催希望日時	第1希望 月 日 () 時 分～ 時 分
	第2希望 月 日 () 時 分～ 時 分
	第3希望 月 日 () 時 分～ 時 分
会場名	
会場所在地	
会場電話番号	
会合の名称	
参加人数	
希望テーマ	
特に聞きたい事項等	