

参加申込・問い合わせ

(上記のどちらかに 印を)

講座名	
-----	--

平成 年 月 日

		職業・所属	職 種
ふりがな 氏 名 (複数記入可)			
参加人数 _____ 名			
連絡先 TEL 携帯 FAX メール			
講座に関する お問い合わせ			

の項目は必ずご記入ください。

- * ご記入いただいた個人情報は公開講座の案内及び諸連絡にのみ使用し、これらが不当に漏洩しないよう、当センターで責任を持って管理します。
- * 駐車場に限りがございますので、出来る限り乗り合わせてご来場ください。

社会福祉法人 花ノ木 花ノ木医療福祉センター
FAX 0771 - 22 - 8348
TEL 0771 - 23 - 0701 (代)