**「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**