

「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			