

宛先：成年後見サポートセンターいたこ（潮来市社会福祉協議会内）

FAX 0299-63-1265 /mail entry@itakosyakyo.jp

出 前 講 座 申 込 書

		受付番号		受付日	令和 年 月 日（ ）			
申 込 日		令和 年 月 日						
団 体 名								
代表者氏名								
連 絡 先	住 所	〒 ー (電話)						
	担当者氏名							
希望日時		第1希望 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分						
		第2希望 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分						
		第3希望 令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分						
会 場	名 称							
	所在地							
参加予定者数		人						

お申込みは、郵送・FAX・eメールでも結構です。

※詳細につきましては、後日、担当者より連絡いたします。