申込みは、**開催希望日の１ヵ月前まで**にＦＡＸ又は郵送でお願いします。

〈申込先〉静岡市地域包括ケア・誰もが活躍推進本部　在宅医療・介護連携推進係

・郵送の場合：〒４２０－８６０２　静岡市葵区追手町５番１号

・ＦＡＸの場合：０５４－２２１－１５７７

　令和６年度　静岡市在宅医療・介護出前講座　申込書

 令和 　　年 　　月 　　日

（あて先）静岡市長

下記のとおり在宅医療・介護出前講座の申込みをします。

|  |  |
| --- | --- |
| 団　　体　　名 |  |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 代　　表　　者 |  |
| 担　　当　　者 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電　　　　　話 |  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| 希　望　日　時 | 第１希望 | 　　　年　　月　　日　(　　)　　　　時　　分～　　　時　　分 　　 |
| 第２希望 | 　　　年　　月　　日　(　　)　　　　時　　分～　　　時　　分 |
| 予　定　会　場（申込者様で駐車場１台分と合わせて、確保してください） | 【会場名】 　　 【電話】　　　　－　　　　－　　　　　 【所在地】　〒…………………………………………………………………………………………………* 申込者様がご用意いただける機材があれば○をつけてください。

　スクリーン（白い壁や布で代用可）　・　プロジェクター　・　パソコン |
|  |  　　　　　　人（うち、男　　　人、女　　　人） |
| その他連絡したい事 |  |

**※お手数ですが、申込みの団体様には当日使用する教材やアンケートを開催日までにお受け取りくださいますようお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付確認 | 講師依頼 | 講師依頼文 | 決定通知 | 教材受渡し | 前日連絡 | 報告書 | アンケート |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |

【事務局使用欄】※記入しないで下さい。