

認知症疑似体験プログラム 貸出申込書 (FAX 03-5405-1502)

申込日 年 月 日

団体・企業名			
担当部署名		担当者名	
住 所	〒		
TEL/FAX	TEL	FAX	
実施日時	平成 年 月 日 () []時 ~ []時		
実施会場	建物階数	階	会場階数 階
申込セット数	セット	体験予定者数	人
内 容 ※該当番号に○をつけて、 記入してください。	<p>1. 研修会名 _____ 受講対象者 _____ 実施目的 _____</p> <p>2. イベント名 _____ 来場対象者 _____ 実施目的 _____</p> <p>3. その他 [_____]</p>		
インストラクター出張の場合 最寄駅	線	駅	徒歩 分 バス停留所
セット送付先 ※上記住所と違う場所へ送る 場合に記入してください。	〒		
	受取担当者名	TEL	
セット必着日	個数	宅配会社及番号	送付資料