別添

送信先　健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課　　佐々木行き

ＦＡＸ　　：　０５２－９５５－３３６７

申込期限　：　平成２７年１２月２８日（月）

**平成27年度なごや介護予防・認知症予防プログラム**

**事業者研修会参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業種別 |  |
| 事業所住所 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 電話番号  （ＦＡＸ番号） |  | | |
| 参加者氏名 |  | | |

* 参加者は各事業所１名とさせていただきます。