

(様式1)

長崎県後期高齢者医療広域連合出前講座受講申込書

<p>●必要事項(太枠部分)を記入し、郵送又はFAXでお申込みください。</p> <p>●申込受付後、当広域連合から決定通知書を送付し、運営方法などについて確認させていただきます。</p>	<p style="text-align: center;">●申込先●</p> <p style="text-align: center;">長崎県後期高齢者医療広域連合 〒850-0875 長崎市栄町4番9号 長崎県市町村会館5階 電話 095-816-3930 FAX 095-823-2425</p>
--	--

申込日	年 月 日
団体等の名称	
代表者氏名	
(連絡先)住所	〒
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	
開催希望日時	第1希望 月 日() 時 分 ~ 時 分
	第2希望 月 日() 時 分 ~ 時 分
	第3希望 月 日() 時 分 ~ 時 分
会場名	
会場所在地	
会場電話番号	
会合の名称	
参加人数	
特に聞きたい事項等	

(様式2)

年 月 日

(申込代表者) 様

長崎県後期高齢者医療広域連合出前講座決定通知書

長崎県後期高齢者医療広域連合事務局長

年 月 日付けでお申し込みのあった長崎県後期高齢者医療広域連合出前講座について、次のように決定しましたので通知します。

開催日時	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
申込団体の名称	
代表者氏名	
(連絡先)住所	〒
担当者氏名	
会場名	
会場所在地	
会合の名称	
参加人数	人
特に聞きたい事項	
派遣職員 担当課名 職・氏名	
電話番号	

(開催にあたっての注意事項)

- ①実施までの期間において、開催日時等講座の申込内容に変更があった場合は、広域連合(095-816-3930)まで、速やかにご連絡ください。
- ②講座終了後に参加者全員に対し簡単なアンケートのご協力をお願いします。