|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付メール：kumamon-kumaro36@aroma.ocn.ne.jp** **熊本県老人クラブ連合会　シルバーヘルパー養成講習会　宛て**令和７年度シルバーヘルパー養成講習会　受講申込書１　受 講 日 令和　　年　　月　　日（ 　 曜） ２　受講会場

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | 年齢 | 　　　　　　歳　 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 質　問　等 | ※何か御質問があれば御記入ください。 |

※ＦＡＸまたはメールでお申し込み下さい。※受講申込の情報は、適切に管理し、シルバーヘルパー養成講習に関する事項のみに使用します。※締切日：各会場の開催日の１週間前までに申し込みください。なお、会場の定員に達し次第締め切ります。 |