

高齢者疑似体験・車イス介助体験・視覚障がい者ガイド体験講座申込書

(あて先) 小松市社会福祉協議会長

住 所 _____

団 体 名 _____

代表者名 _____

第1希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
第2希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
参加人数		
連絡責任者	担当者氏名	
	電話番号	() -
開催会場	会場名	
	所在地	
備 考		

提出先

小松市社会福祉協議会

〒923-0811 小松市白江町ツ108番地1 (第一コミセン内)

TEL(0761)22-3354 / FAX(0761)22-3364

E-mail:sawafure@komasya.com