

※高齢者支え合い活動講座の申込みは、この用紙にご記入のうえ担当窓口、
郵送・FAXで申込みください。決定通知書は、締切り後に発送いたします。

申込期限：9月1日（月）

FAX：0480-33-6484

e-mail：koreikaigo@town.sugito.lg.jp

（杉戸町 高齢介護課 地域ケア担当 行）

No. _____

令和7年度高齢者支え合い活動講座受講申込書

申込日：令和 年 月 日

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 （ 歳）			
住所	〒			
電話番号	自宅			
	携帯電話			
メールアドレス				
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

※研修当日は、本人確認のために写真付きの身分証明書をご持参ください。

※研修費用は無料です。