

茨城県後期高齢者医療広域連合出前講座受講申込書

令和 年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

住所又は
所在地.....
申込者 団体名.....
代表者名.....
連絡先
電話番号.....

茨城県後期高齢者医療広域連合出前講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

集会等の名称			
日 時	令和 年 月 日 ()	午前 時から 午後 時まで	
場 所	会場名	電話	
	所在地		
参加対象者		参加予定人数	人
打合せ担当者	電話		
備 考			