一般財団法人　山口県老人クラブ連合会事務局〔きららシニア山口〕

**ＦＡＸ（０８３）９２８-２３８７（添書不要）**

**令和５年度**

**健康づくり・介護予防セミナー**

**参 加 申 込 書**

市町老連名：　　　　　　　　　老人クラブ連合会

支部名：

電話番号：

担当者：

1. 参加者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 氏　名 | 市老連又は  単位クラブ名 | 役職名 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |

* 1. マイクロバス駐車場の利用希望について（※どちらかに〇をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 利用する | 利用しない |
|  |  |

※本様式が足りない場合は、お手数ですがコピーにて対応をお願いいたします。

※定員に達した時点で締め切らせていただきます。

**【申込締切日】**

**令和５年１０月３１日(火)**