様式第１号

秋田県後期高齢者医療広域連合出張講座
「よく分かる高齢者医療制度」
開催申込書

○必要事項（太枠部分）を記入し、郵送、ＦＡＸ又は電子メールでお申込みください。

○申込受付後１週間以内に、日程及び運営方法を確認・調整させていただくために、広域連合よりご連絡を差し上げます。

【申込先】秋田県後期高齢者医療広域連合
〒010-0951　秋田市山王四丁目２番３号　秋田県市町村会館　１階
電　話　０１８－８３８－０６１０　ＦＡＸ　０１８－８３８－０６１１
メール　info@akita-kouiki.jp

団体等の名称	
代表者氏名	
連絡先	【住所】〒
	【担当者氏名】
	【電話番号】　　【ＦＡＸ】
	【電子メール】
開催希望日時	【第１希望】　月　日（　）　時　分～　時　分
	【第２希望】　月　日（　）　時　分～　時　分
	【第３希望】　月　日（　）　時　分～　時　分
会場名	
会場所在地	
会場電話番号	
参加予定人数	
特に聞きたい事項等	