

平成 年 月 日

## 「高齢者疑似体験（インスタントシニア）」申込書

滋賀県社会福祉協議会 福祉用具センター あて

申込団体名	
所在地	〒
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	

下記のとおり「高齢者疑似体験（インスタントシニア）」を申し込みます。

### 記

日 時	第1希望	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第2希望	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第3希望	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
場 所		
参加人数		
実施目的		

福祉用具センター FAX番号 077-567-3967