

社会福祉法人 テレビ朝日福祉文化事業団

FAX あて先 03-3405-3797

高齢者施設訪問 申込書

送付日時 年 月 日

施設種類 (特養・有料老人ホーム等)		
施設名(ふりがな)		
施設名		
ご住所		
電話番号		
FAX 番号		
最寄り駅名	線 駅 バス 系統「 」バス停下車(分)徒歩 分	
責任者名		
担当者名		
施設利用者の人数		
会場の広さ(タテ×ヨコ)		
設備		
ピアノの有無		
(第3希望までご記入ください)	出演者	時間帯(土・日以外)
第1希望		午後13時30分～14時30分
第2希望		(同)
第3希望		(同)
参加人数(予想)	名	
希望・期待すること (※必ずご記入ください)		
申し込んだ理由 (※必ずご記入ください)		