

介護美容 申込書

(助成申請書)

FAX 03-3405-3797

送信日時： 年 月 日

| | |
|---|---|
| 施設種類 (特養・軽費老人ホーム・デイサービス等) | |
| 施設名 | |
| ご住所 | |
| 電話番号/メールアドレス | |
| FAX番号 | |
| 駐車場利用 | 可 · 不可 |
| 施設長名／担当者名 ※施設長名は必ずご記入ください | |
| 希望日程 ※8月以降の日程を ご記入ください | 第一希望： 月 日 () AM or PM 第二希望： 月 日 () AM or PM 第三希望： 月 日 () AM or PM ※土日祝も対応可、1時間あたり4名まで最大2時間まで ※日時未定の場合は、例) ●月中旬だけでも構いません。 その場合は後日お電話で日時の調整させていただきます。 |
| 施術希望人数 | 女性 名 ／ 男性 名 ／ 未定 |
| ご質問・問い合わせ | |

ご参加お待ちしております。ご不明点は以下までご連絡ください。

テレビ朝日福祉文化事業団 電話：03-6406-2195