

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	<p>第一希望： 月 日 () AM or PM</p> <p>第二希望： 月 日 () AM or PM</p> <p>第三希望： 月 日 () AM or PM</p> <p>※土日祝も対応可、1時間あたり4名まで最大2時間まで</p> <p>※日時未定の場合は、例) ●月中旬だけでも構いません。</p> <p>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。</p>
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