

様式(第5条関係)

後期高齢者医療制度がよくわかる出前講座申込書

令和 年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

住所又は
所在地 _____
申込者団体名 _____
代表者名 _____
連絡先 _____
電話番号 _____

後期高齢者医療制度がよくわかる出前講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

集会等の名称						
日時	令和 年 月 日 ()	午前 午後	時から	午前 午後	時まで	
場所	会場名	電話				
	所在地					
参加対象者		参加予定人数			人	
打合せ担当者	電話					
備考						