

移動カフェ ひなたぼっこ



利用申込書

実施場所	_____
申込者氏名	_____ 申請者が区長以外の場合、区長の了承... <input type="checkbox"/>
住所	〒 _____
電話番号	_____

(日程の調整など上記以外の方に連絡が必要な場合)※てくてく体操代表、新区長様 など

連絡先氏名: _____ 電話番号: _____

移動販売における要望をおかきください

◆「ひなたぼっこ」利用確認

利用頻度について

週1回 ・ 2週間に1回 ・ 月に1回 ・ 2か月に1回 ・ ()

希望日	時間
_____	_____

(例:第2・第4 木曜日)

(例:15時)



◆ご意見・ご要望等あればお書きください。

※必ずご要望にお応えできるところではありませんのでご了承ください

回覧用チラシ () 部 ※回覧等に必要枚数をお書きください。



お申込み先・お問い合わせ:紀の川市高齢介護課

TEL:0736-77-0980 FAX:0736-79-3926

