

## 受講申込書

ふりがな	
氏名	
住所	〒 ー
生年月日	昭和 ー 年 ー 月 ー 日 平成
電話番号	( ー ) ー
携帯電話番号	( ー ) ー
受講動機 (自由に記入してください)	

【ご提出先】

公益財団法人金沢健康福祉財団

〒920-0912 金沢市大手町3番23号

TEL : 076-260-0071 FAX : 076-222-4366

郵送またはFAXにてご提出お願いいたします。(令和5年8月31日(木)締切)