



# FAX申込み

シニア対象 子育て親子見守り応援講座

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (年齢 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_

全8回の講座のうち、参加できる回に○をつけて下さい

①( ) ②( ) ③( ) ④( ) ⑤( ) ⑥( ) ⑦( ) ⑧( )