

徳島県生き生きシニア放送講座受講申込書

令和5年 月 日

私は、「徳島県生き生きシニア放送講座」の受講を申し込みます。

	受付番号	
ふりがな		
氏名		
生年月日	大正・昭和 年 月 日	
住所	〒	
電話番号		
利用ケーブルテレビ局名		

※ 記入いただきました個人情報 は 厳重に管理するとともに、当事業以外に使用することは一切ありません。

※ 受付番号欄は記入しないでください。