

出前講座申込書

令和 年 月 日

(宛先)JCHO 可児とうのう病院 FAX:(0574)28-6382 連携室室長 奥村

(申込者)団 体 名 _____

代表者氏名 _____

出前講座について、次のとおり申込みます。

希望講座	第1希望	No.			
	第2希望	No.			
希望日時	第1希望	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分			
	第2希望	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分			
講座開催場所	所在地				
	施設名		電話等		
参加予定人員 及び年齢層	人 参加予定者 歳位				
集会・行事等 の名称					
備 考					
連絡先	担当者 氏 名	()	電 話		
			FAX		
	住 所	<input type="checkbox"/> 代表者宅 <input type="checkbox"/> 担当者宅 <input type="checkbox"/> 事 務 所	〒 -		

ご記入いただいた個人情報は、申込み内容の確認、出席通知書の送付、事前打ち合わせ以外では使用いたしません。