

令和 年 月 日

# 出前講座申込書

(宛先)JCHO 可児とうのう病院 FAX:(0574)25-4657 看護部へ送信ください

(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		・参加予定: 人 ・年齢層: ~ 歳			
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。