

FAX: 0436-75-2784

千葉ろうさい病院出前講座申込書

令和 年 月 日

団 体 名 _____

担 当 者 氏 名 _____

担 当 者 連 絡 先 _____ () _____

以下のとおり出前講座を希望いたします。

希望テーマ	
希望日時	第1希望 月 日 () 午前・午後 : ~ :
	第2希望 月 日 () 午前・午後 : ~ :
	第3希望 月 日 () 午前・午後 : ~ :
開催場所	
参加人数	概ね 人 (※予定人数で構いません)
会場の備品等	(ご用意できるもの、○印) ※すべて使用するとは限りません ・スクリーン ・プロジェクター ・パソコン ・ホワイトボード ・講師用マイク ・演台 ・駐車場 ・長机 ・椅子
備考	

■講師の業務の都合により、講座や日時のご希望に添えない場合があります。

■場所がわかりにくい会場の場合は、恐れ入りますが付近図や行き方などをFAXください。