|  |
| --- |
| 出 前 講 座 申 込 書 |
| 旭川厚生病院 院長 宛て下記の通り出前講座の申し込みを希望します。 |
| 記 入 日 | 令和 年 月 日 |
| 希望講座名 | 番号 | 　 | 講座名 | 　 |
| 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 |
| 第3希望 | 令和 年 月 日( ) 時 分 ～ 時 分 |
| 開催目的 | 　 |
| 開催会場 | 会場名 | 　 |
| 住　所 | 〒　　 |
| 参加予定者の状況 | 人数 | 名 | 職種や年齢層など | 　 |
| 利用可能な機器等[]内へ〇印を付けてください。〇印のない機器は持参します。 | [ ]ノートパソコン [ ]プロジェクタ [ ]HDMIケーブル [ ]モニター※講座資料を投影する場所(スクリーン･モニター等)やマイク(必要な時)は、ご準備いただきます。 |
| その他のご希望内容や時間、オンラインの希望などを記入してください。 | 　 |
|  |
| 団 体 名 | 　 |
| ご 住 所開催会場と異なる場合は記入してください。 | 〒　　 |
| ご連絡先FAXかメールのいずれかは、ご記入ください。 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| ご希望の連絡先[]内へ〇印を付けてください。 | 打合せ | [ ]メール [ 　]電話 | 資料送付 | [ ]メール [ ]FAX |
| ご担当者 | 部 署 | 　 |
| 氏 名 | 　 |
| ＊「出前講座のご案内」にてお申し込みの要件や流れを確認の上、お申し込みください。＊申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、出前講座のために使用させていただくもので、その他の用途に使用することはありません。＊お申し込み先：FAX(0166-33-8233)もしくは、email(asa.renkei@ja-hokkaidoukouseiren.or.jp) |