|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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](mailto:asa.renkei@ja-hokkaidoukouseiren.or.jp)) | | | | | | | | |