|  |
| --- |
| 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(必要時)は、ご準備いただきます。 |
| その他のご希望内容や時間の希望やオンラインの希望などを記入してください。 |  |
|  |
| 団 体 名 |   |
| 住 所 | 〒 |
| 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) |