北見赤十字病院・道立北見病院

「出前公開講座」申込書

申込書記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体等名 |  |
| 郵便番号 | 　〒　　　－　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所 |  |
| ご担当者職・氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  | E-mail |  |

* ※申込書にご記入いただいた個人情報つきましては、出前講座のために使用させていただくものであり、その他用途に使用することはありません。
* ※E-mail mailアドレスは連絡用に必要となります。必ずご記入下さいようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催希望日時 | 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 |
| 受講対象者（職種・学生など） |  | 参加予定数 | 人 |
| 開催会場名 |  |
| 会場住所 | 〒 |
| 番号・講座名 | Ｎｏ． | 講座名： |
| 利用可能な機器設備 | □ノートパソコン　□プロジェクター　□スクリーン　□ポインター　□マイク　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |