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（　　）		