

FAX 044-322-8688

年 月 日

(あて先)

新百合ヶ丘総合病院

広報課

代表者氏名

団体名

住所

連絡先

e-mail

出張講座受講申請書

以下のとおり出張講座を希望いたします

希望講座名(番号)	講座名: (No.)	
希望日時	第1希望 月 日() 午前・午後 : ~ :	
	第2希望 月 日() 午前・午後 : ~ :	
	第3希望 月 日() 午前・午後 : ~ :	
参加予定人数	約 名	
場所	会場名	
	住所:	電話番号:
集会の目的		
会場について ○をおつけください	・フロア(下足 ・スリッパ) ・たたみ ・カーペット (実技講座の場合) 受講者は 床に ・横になれます ・横になれません	
会場の設備・備品 ○をおつけください	・スクリーン ・プロジェクター ・長机 ・椅子 ・パソコン ・ホワイトボード ・マイク ・講師用演台 ・講師用駐車場	
内容や時間について ご要望があれば ご記入ください		

講師の業務の都合により希望日時に添えない場合もあります、ご了承ください。