FAX 044-322-8688

年　　月　　日

（あて先）

新百合ヶ丘総合病院

広報課

担当者氏名

団体名

住所

TEL

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 〇をおつけください	・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 〇をおつけください	・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。