

社会医療法人誠光会 出前講座申込書

年 月 日

社会医療法人誠光会 理事長 宛

代表者 住所 _____

氏名 (団体名) _____

社会医療法人誠光会 出前講座を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

| | | |
|---------------|---|---------------------|
| 希望日時 | 第1希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 |
| | 第2希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 |
| | 第3希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 |
| 会場 | 会場名 所在地 (電話 _____) | |
| 参加予定者数 | _____ 人 ※原則 20 名以上 (平均年齢およそ _____ 歳くらい) | |
| 希望講座 | 第1希望 | No. _____ 講座名 _____ |
| | 第2希望 | No. _____ 講座名 _____ |
| 連絡先 (ご担当者) | 住所 〒 _____ | |
| | ふりがな 氏名 _____ | |
| | 電話番号 | FAX _____ |
| | E-mail _____ | |
| ご用意いただく 備品 | パソコン、プロジェクター、ポインター、スクリーン(白壁など)、机、椅子、 講師用マイク、演台、駐車場 オンラインの場合：インターネット環境、Web カメラなど | |
| 備考 | (併せて開催される行事や、聞きたい内容等があればご記入ください) | |

※本申込書は、講義希望日の **2ヶ月前までに**ご提出ください。

(以下には記入しないでください。)

○受付 年 月 日 氏名 _____ 方法：メール・郵送・持参・FAX

○担当講師 所属 _____ 氏名 _____

○決裁欄

| | | | | | | | |
|-----|-----|------------|-----|------------|-----------|-----------|-------------|
| 理事長 | 病院長 | 介護 事業局長 | 事務長 | 総務・ 人事部 | 地域 連携課 | 法人 広報課 | 担当講師 所属長 |
| | | | | | | | |