

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 10 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	病院総務課	法人 広報課	担当講師 所属長