

令和 年 月 日

函館協会病院 出前講座受講申込書

団 体 名：_____

出前講座の受講を希望するので、次のとおり申し込みます。

受講希望講座名	_____番「_____」				
日 時	第1希望	年	月	日（ ）	時 分～ 時 分
	第2希望	年	月	日（ ）	時 分～ 時 分
会 場	名 称				
	所在地				
講演会等の名称 及び開催目的	名 称				
	目 的				
参加予定人数	_____人				
機 材 等 (いずれかに○)	・パソコン : 自前で用意可・借用を希望 ※基本的には貴団体で ・スクリーン : 自前で用意可・借用を希望 ご準備ください ・プロジェクター : 自前で用意可・借用を希望 ※講義資料はパワーポ ・椅子 (_____ 脚) ・机 (_____ 個) イントとなります				
連 絡 先	担当者氏名 :		電話番号 :		
	連絡先住所 :				
	メールアドレス :				
受講者の年齢層 及び留意事項など					
備 考					

社会福祉法人 北海道社会事業協会函館病院

函館市駒場町4番6号

TEL : 0138-53-5511

FAX : 0138-51-8421