

## 西条中央病院 出前講座申込書

西条中央病院 総務課

出前講座担当者 行

団体名: \_\_\_\_\_

代表者: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

担当者の氏名: \_\_\_\_\_

// 電話番号: \_\_\_\_\_

// 携帯番号: \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

以下のとおり出前講座を希望いたします。

希望講座	番号	講座名
参加予定人数	概ね	人（平均年齢およそ 歳位）
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 : ~ :
場 所		
集会・受講の目的		
ご用意可能な会場の 設備・備品・環境等 (確認)	(○印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スクリーン</li> <li>・マイク</li> <li>・長机</li> <li>・講師用演台</li> <li>・プロジェクター</li> <li>・ホワイトボード (マグネット あり・なし)</li> <li>・椅子</li> <li>・講師用駐車場</li> <li>・パソコン</li> </ul>
ご要望があれば お書き下さい		

・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ので、ご了承下さい。