　　　　　　　　　　　　申込日　　年　　　月　　　日

倉敷中央病院リバーサイド事務局　出前講座担当行き

倉敷中央病院リバーサイド 出前講座申込書

下記のとおり，倉敷中央病院リバーサイドへ出前講座を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴施設(団体)名 |  |
| 住　所 | 〒　　　－ |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| ＴＥＬ | －　　　　－ |
| ＦＡＸ | －　　　　－ |
| メール | ＠ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望講座 | ご希望の講座内容を記載ください。 | | | | | | | | |
| 希望日時 | 第１希望　　　　　年　　　月　　　日　（　　　）　　　　〇午前　　　・〇午後 | | | | | | | | |
| 第2希望　　　　　年　　　月　　　日　（　　　）　　　　〇午前　　　・〇午後 | | | | | | | | |
| 第3希望　　　　　年　　　月　　　日　（　　　）　　　　〇午前　　　・〇午後 | | | | | | | | |
| 場　所 |  | | | | | | | | |
| 参加人数 | 人　　　　　　（平均年齢　おおよそ　　　　　　　歳ぐらい） | | | | | | | | |
| ご用意可能な器材 | □ | パソコン |  | プロジェクター |  | スクリーン | |  | マイク |
|  | ホワイトボード |  | 講師用演題 |  | | その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ご要望 |  | | | | | | | | |

＊ 開催予定日の3か月前までにＦＡＸにてお申込み下さい。

**〔ＦＡＸ〕 ０８6－440－0652**

＜お問い合わせ先＞

　倉敷中央病院リバーサイド　出前講座担当

　電話：０８6－４４８－１７１１