（申込先）〒525-8585　草津市矢橋町 1660　社会医療法人誠光会 法人広報課　**FAX 077-516-2173**

様式第１号

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（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	
備品の確認 (ご用意できるものに○を)	パソコン ・ プロジェクター ・ ポインター ・ スクリーン ・ 延長コード 白壁（スクリーンがない場合） ・ 講師用マイク ・ 演台 ・ 駐車場 長机 ・ 椅子　　※すべて使用するとは限りません	
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）	

※申込書は、希望日の**２ヶ月前までに**提出してください。

（以下には記入しないでください。）

○受 付 日　　年　　月　　日

○受付者＿＿＿＿＿＿　○担当講師　部署名＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

○受付方法　郵送　持参　ＦＡＸ　その他（　　）

○決 裁 欄　様式第２号のとおり取り扱うことといたしたく伺います。

理事長	病院長	介護事業局長	事務長	人事・人材育成部	財務部	総務課	地域連携課	講師担当部署所属長	法人広報課