（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 077-516-2577**

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　※原則 20 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	インターネット環境・ パソコン ・ プロジェクター ・スクリーン(白壁など) ・ Web カメラ（あれば聴講いただく皆さんとお顔を合わせてご質問いただけます）	
使用したことがあるツール	ZOOM・Google Meet・その他（　　）	
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　メール　郵送　持参　ＦＡＸ

○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	法人広報課	講師担当部署所属長