

# 出前講座受講申込書

令和 年 月 日

地方独立行政法人たつの市民病院機構  
理事長 大井 克之 様

申請者（代表者）

団体名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

出前講座を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

受講希望日時) 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

受講場所) \_\_\_\_\_

希望講座名) \_\_\_\_\_

受講参加人数) \_\_\_\_\_ 人

受講希望理由) \_\_\_\_\_

必要物品 (パソコン ・ プロジェクター ・ ホワイトボード ・ スクリーン)

(その他 \_\_\_\_\_)

※下記欄には記入しないでください。

決裁	受付担当課 ( )				合議 ( )			
	事務局長	課長	課長補佐	係	課長	係長	係	

派遣講師	所属	課
	職・氏名	