

出前講座申込書

令和 年 月 日

長野県立こころの医療センター駒ヶ根
院長 埴原 秋児 様

申込者 団体等の名称：
代表者氏名：
住 所：
電 話 番 号：
F A X 番 号：
メールアドレス：
担当者氏名：

次のとおり出前講座を申し込みます。

希望するテーマ等 (テーマ一覧から選択してください。)	テーマ名	
	特に重点的に説明を希望する事項	
実施希望年月日及び時間 (調整させていただく場合があります。)	第1希望：令和 年 月 日 時 分～ 時 分 第2希望：令和 年 月 日 時 分～ 時 分 第3希望：令和 年 月 日 時 分～ 時 分	
参加者予定数 (おおむね 20 名以上)		
開催予定会場		
備 考 出前講座に併せて実施する行事等がある場合は、その内容を記入してください。		

※ 内容の打合せや日程調整に必要となりますので、連絡先を正確に記入してください。個人情報 の取扱いには十分注意し、他の目的に使用することはありません。