

FAX 044-953-8199

平成 年 月 日

たま日吉台病院 出張講座申込書

たま日吉台病院 地域連携室 行

団体名

代表者名

住所

担当者名

ご連絡先① ()

ご連絡先② ()

メールアドレス

※メールでご連絡をご希望の方

希望講座	講座番号	講座名
参加予定人数	人程度	(平均年齢およそ 歳位)
希望日時	第1希望 月 日 () AM・PM : ~ :	
	第2希望 月 日 () AM・PM : ~ :	
場 所	・フローア (下足・スリッパ) ・畳 ・じゅうたん	
集会・受講の目的		
ご用意可能な会場の 設備・備品・環境等	・スクリーン ・パソコン ・プロジェクター ・マイク ・ホワイトボード ・長机 ・いす ・講師用演台 ・駐車場 () 台 ※パソコン、プロジェクターはこちらでご用意可能です。	
ご要望		

以上の内容で出張講座を希望いたします。