出前講座　申込書

FAX送信先：新潟聖籠病院　リハビリテーション科　宛

FAX：025-256-1515

mail: matsukawa.mn@aoikai.jp

「件名：出前講座のお願い」

※メールの場合は、以下の内容を本文に入力または、

　この用紙をPDFで添付してください。

申込日：　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ご希望の内容 |  |
| 希望日時 | 第1希望：令和　　年　　月　　日  　　時間　：　　　　：　　　～　　　：  第2希望：令和　　年　　月　　日  　　時間　：　　　　：　　　～　　　： |
| 開催場所 | 場所  住所 |
| 参加人数 | 名  年代　　歳　～　　　歳 |
| 団体名称  ない場合は  記入不要です |  |
| 代表連絡先 | 氏名：  住所：  TEL：  FAX：  MAIL： |