【 出前講座申し込み書】　　申込日：　　年　　月　　日

FAX送信表

送信状不要：この用紙のみFAXしてください。

秋田市在宅医療・介護連携センター宛

FAX　**018－827－3614**

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者氏名 |  |
| 地区・団体名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 開催希望日時 | 第一希望 | 　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　 |
| 第二希望 | 　　月　　日（　　）　　：　　～　　：　　 |
| 会場 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 参加予定人数 | 　　　　　　人　（内訳　　男性　　人、女性　　人） |
| 参加年齢層 | 主に　　　　歳代 |
| 準備可能物品 | □マイク　　□スクリーン　　□パソコン□プロジェクター　　□延長コード　　□ホワイトボード |
| 備考 |  |

・申し込み後、詳細確認のため担当者から連絡させていただきます。

・お申し込みいただいた個人情報につきましては、受付などの運営業務のために使用し、

他の用途に使用することはありません。

〈お願い〉

1.会場および駐車場の確保、設営に要する費用は、申込者側での負担をお願いい

　たします。

2.出前講座をよりよいものとするため、受講後のアンケートにご協力ください

　（後日代表者の方に回収に伺います）

　当日参加される皆様への周知をお願いいたします。