



# お出かけ講座

# 申込書

申込日 / 年 月 日

主催 団体名			
所在地	〒 ー		
	TEL ( ) ー	FAX ( ) ー	
ご担当者名 (窓口)			
	TEL ( ) ー	FAX ( ) ー	
	Mail :		
目的			参加予定人数 名
			参加対象者
開催日時 テーマ	第1希望	日時	
		テーマ	
	第2希望	日時	
		テーマ	
	第3希望	日時	
		テーマ	
開催場所 (会場名)	会場名		
	所在地 〒 ー		
	連絡先 ( ) ー		
設備状況	パソコン・PC用プロジェクター・スクリーン・その他( )		
	<small>ご準備していただける機器に○をしてください。</small> <small>※ 標準的な講座は、パソコンでパワーポイントを用いたスタイルで行います。</small>		

☆ 開催日まで1ヶ月程度の調整期間が必要ですので、早めのご提出をお願いいたします。  
 ☆ できる限りご要望にお応えできるよう調整を行います。講師の勤務の都合などにより変更をお願いすることがあります。ご協力ください。

三原市医師会病院 総務課  
 TEL:0848-62-3113  
 FAX:0848-62-7505