**ＦＡＸ**

**宛先：**近森会 管理部広報

**番号：０８８－８７１－７２７７**

**近森病院　ひろっぱ講座　申込書**

|  |
| --- |
| **①概要をお知らせください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　送　信　　　月　　　日** |
| **主 催 団 体** |  |
| **代 表 者 の****連 絡 先** | **お名前** |  | **電話** | □携帯□職場□自宅 | ＊その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **ＦＡＸ** |  | **Ｅ－mail** |  |
| **希　望****講　座** | **第１希望** |  |
| **第２希望** |  |
| **第３希望** |  |
| **その他** | ＊講座に関するご要望等あれば、こちらの欄に記入ください。 |
| **対　象　者** |  | **参加見込人数** |  |

|  |
| --- |
| **②開催希望日時は申込日より1ヵ月以降で、第3候補日まで記載をお願いします。** |
|  | **年　月　日** | **曜日** | **開始時間** | **開催場所** |
| **第１希望** | 　　　　年　　月　　日 |  | 時　　　分 |  |
| **第２希望** | 　　　　年　　月　　日 |  | 時　　　分 |  |
| **第３希望** | 　　　　年　　月　　日 |  | 時　　　分 |  |

|  |
| --- |
| **③会場についてお教えください。** |
| **施設名** |  | **住所・電話** | 〒　☎　 |
| **プロジェクター** | 有　・　無 | **スクリーン** | 有　・　無 | **駐車場**（講師用） | 有（　　　台）　・　無 |

|  |
| --- |
| **④その他備考など** |
|  |
| **お申込みありがとうございます。後日担当者より連絡させていただきます。** |
| **【お問合せ】**近森会 管理部広報　〒780-0052 高知市大川筋一丁目1-16　　　　 ☎ 088-822-5231　　FAX 088-871-7277　　Email 　kouhou@chikamori.com |
|  |
| 事務局確認 | 月　　日 | 担当 |  |  | 備考 |  |