出張セミナー「がん講座」申込書

申込日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団　体　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 担当者氏名 |  |
| 住所 | 〒 -  |
| 電話番号 | ―　　　　　― |
| ファックス番号 | ―　　　　　― |
| E-mailアドレス | ＠ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催希望日時 | 第１希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第２希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第３希望 | 年　　月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 会　　場 | 会　場　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会場所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| リモートセミナーの希望 | あり　・　なし |
| 参加予定数 | （＊おおむね10名以上の団体）　　　　　　　　　　　　　名 |
| 講座開催目的・受講者の概要等 |  |

☆会場はご準備下さい。リモートでのセミナーも可能です。

☆１ヶ月半前までにはお申込をお願いします。

☆申込み受付後、事務局からご連絡し、開催日時など詳細について調整させていただきます。

【事務局】

公益財団法人滋賀県健康づくり財団（健診保健部 松田・清水）

〒520－0834　大津市御殿浜６番２８号

℡　077-536-5210　Fax　077-536-5211

Email　 hoken1@kenkou-shiga.or.jp