ＦＡＸ：０１９５－２３－６４３２（二戸保健所内）

カシオペア医療福祉  
オーダーメイド出前講座申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者  （団体名・代表者） | 名称：  住所：〒 | |
| 連絡担当者 | 職：  氏名： | 電話：  ＦＡＸ：  Ｅ-ｍａｉｌ： |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 月　　日　　　時～ |
| 会　　　場 | 会場名：  住　所：  電　話： |
| 講座内容  （できるだけ詳しく記入してください。） |  |
| 参集（予定）者数 |  |

※　希望日時は、土日・休日（終日）または平日18時以降としてください

　　参集者数は、10人以上を目安とします。