

FAX

0463-63-3377

成年後見制度出張講座申込書

平成 年 月 日

平塚市成年後見利用支援センター 宛
(電話：0463-35-6175)

団体等名称 _____

所在地 _____

代表者 _____

次のとおり、講座を申し込みいたします。

<p>開催希望日時</p> <p>※ 月曜から金曜まで（祝日を除く）で、午前9時～午後5時までのうち希望の日時をご記入ください。</p>	<p>(第一希望) 平成 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分まで</p> <p>(第二希望) 平成 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分まで</p> <p>(第三希望) 平成 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分まで</p>					
<p>希望講座時間</p> <p>※ ご希望の時間を ○で囲んでください。</p>	<p>30分 , 45分 , 60分 , 70分 , 80分 , 90分</p> <p>※ 質疑応答（質問をお受けする）時間を含みますが、本出張講座では、個別の具体的なケースに基づくご質問はお受けできません（個人の特定される内容になる可能性があるため）。</p>					
<p>開催予定会場</p>	<p>(会場名称)</p> <p>(会場所在地) 〒 平塚市</p> <p>TEL</p>					
<p>対象者及び参加予定人数</p> <p>※ 想定で構いませんので、ご記入ください。</p>						
<p>開講のきっかけ、講座で知りたい・学びたいと考えていること</p>						
<p>使用可能機材</p>	<p>マイク（音響機器） , スクリーン , プロジェクター , パソコン</p>					
<p>担当者及び連絡先</p>	<p>所属 部署等</p>				<p>氏名</p>	
	<p>電話 番号</p>		<p>電子 メール</p>			<p>FAX</p>
<p>その他連絡事項</p>						