|  |
| --- |
| 申込先）〒615-8522　京都市西京区上桂森下町25-1 　西京区役所保健福祉センター健康長寿推進担当電話075-381-7643　　FAX 075-393-0867　 E-mail nishikyo-kenko@city.kyoto.lg.jp |

**西京・医療出前講座申込書**

　令和　　　年　　　月　　　日

西京区長あて

申込者　（所　在　地）

（団　体　名）

（代表者氏名）

西京・医療出前講座を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日時 | 第１希望 | 令和　　年　 　月　　 日（　　）　 　時　 　分～　 　時 　　分 |
| 第２希望 | 令和　　年　 　月　　 日（　　） 　　時 　　分～ 　　時　 　分 |
| 会　　場 | 会場名所在地　京都市西京区　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　） |
|  | 用意可能な機器に○をつけてください。パソコン　プロジェクター スクリーン マイク | 貸出希望機器に〇をつけてください。プロジェクター 　 スクリーン |
| 参加予定者数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 希望講座 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　講座№　　　　　　　　 |
| 連絡先（ご担当者） | 住所　〒 |
|  |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　E-mail |
| 備　　考 | （併せて開催される行事や、聞きたい内容等があればご記入ください） |

※申込書は、希望日の原則３か月前までに提出してください。

※会場は西京区内とし、申込者において確保してください。

（ただし、遠距離の場合はご相談させていただくこともあります。）

※業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。

（以下には記入しないでください。）

○受付日　　令和　 　　　年 　　　　　月　 　　　　日（　　　　）　　　　　　　　　年度 No.

○受 付 者

○受付方法　　メール　　郵送　　持参　　ＦＡＸ　　その他（　　 　　　　　　　　　　　　 　）

○出前講座受付の可否　　可　・　否（ 理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

○病院への依頼日　　 　　年 　　　　月　 　　　日（　　　）　担当者　　　　　病院

○開催の可否　　可（開催日時: 　　年　 　月　 　日（　　　）　　 　時　　 　分～　講座№　　　　）

 特記事項（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　 ）

否（理由: 　 　　　 　　　　　）