令和　　年　　月　　日

申請者

団体名

地域医療出前講座受講申請書

下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 　　年　　月　　日（　　） |
| 時間 |  |
| 場所 |  |
| 対象者数 | 　　　　　　　　　名 |
| 対象年齢 |  |
| 受講希望講座名 | 第一希望第二希望第三希望 |
| 代表者 | 　 |
| 連絡先 |  |
| 備考 |  |

※講師の調整がつかない場合は、相談の上講座内容等を変更させていただく場合があります。必ず連絡先をご記入ください。

日南市記載

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 年　　月　　日（　　） |
| 対応者 |  |
| 講師調整 |  |
| 備考 |  |