

送信先: FAX 0736-34-1652

企業向け認知症講座申込書

★申請者

令和 年 月 日

企業名			
住 所	〒		
電話番号		FAX番号	
ふりがな			
担当者氏名			
担当者で直接調整 ができる連絡先	電話番号		FAX番号
	e-mail		

★対象者

人数	人
----	---

★会場実施の場合の準備物（企業様で準備できる物）

☐ なし	☐ マイク	☐ プロジェクター	☐ モニター
☐ HDMIケーブル	☐ 延長コード		

★実施希望日時

希望日 ※第1～3希望まで記入してください	会場
月 日 () : ~ :	
月 日 () : ~ :	
月 日 () : ~ :	

※オンラインでの講座実施をご希望される場合は右にチェックをしてください→☐

★確認事項

打ち合わせ日程	第1希望	月 日 () :
	第2希望	月 日 () :
	第3希望	月 日 () :
	場 所	

★補足事項

・希望日や依頼内容等によっては、希望日の変更等をご依頼する場合がありますので、ご了承ください。