**出前講座申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望講座 | 認定分野 | 講座名 |
|  |  |
| 貴施設名 |  |
| ご担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話 |  |
| メール |  |
| 希望日時 | 希望順 | 開催日 | 開始時間 |  | 終了時間 |
| 第1希望 |  |  |  |  |
| 第2希望 |  |  |  |  |
| 第3希望 |  |  |  |  |
| 開催場所 |  |
| 参加対象者 |  | 参加予定人数 |  |
| 準備可能な機材 | USB接続可能なパソコン |  | プロジェクター | D-sub |  |
| スクリーン（白壁でも可） |  | HDMI |  |
| ポインター |  | マイク |  |
| 依頼理由、要望等を下記に記入ください。 |
|  |

国民健康保険 小松市民病院