【　薬の出前講座　申込受付書】

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 団体名称 |  | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | ＴＥＬ | |  | |
| 開催場所 | 会 場 名 |  | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| 希望日時 | 第1希望 |  | | |  | | | | |
| 第2希望 |  | | |  | | | | |
| 第3希望 |  | | |  | | | | |
| 参加者  について | どのような  方々ですか | （例）老人クラブ、子育てサークル等 | | | | | 参加人数 | | 約　　　名 |
| 謝金の有無  ※支払予定なしの場合は、  本会から支給いたします。 | |  | | □有→（支払予定額をご記入ください）　　　　　　　円  □無 | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 講演希望内容 | | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ご意見・連絡事項等 |  |

申込先ＦＡＸ．０２４－５４９－２２０９