

# 出前講座申請書

光市健康増進課長 様

年 月 日

団体名 (グループ名)				
代表者氏名				
連絡先	氏名		電話	
	住所	〒      ー	FAX	

希望日時	第1希望	年 月 日 ( )	時 分～	分間
	第2希望	年 月 日 ( )	時 分～	分間
場 所	施設名等： 住 所 : 光市			
希望する 演題・内容等				
対象者				
参加人数	人 (うち65歳以上 人)			
備 考 (特に聞きたい事 ・質問事項など)				

様

上記申請については、つぎのとおり承諾しました。

出前講座 日時	年 月 日 ( )	時 分～	時 分
決定日	年 月 日	担当者 氏名	課

**【問合せ・申請先】**

光市健康増進課 TEL 0833-74-3007 FAX 0833-74-3072