|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体等名称 |  | |
| （ふりがな）  団体等代表者  氏名 |  | |
|  | |
| （ふりがな）  申込者 | 名前 |  |
|  |
| 申込者連絡先 | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 会場 |  | |
| 希望日時等 | 希望日 |  |
| 希望時間帯 |  |
| 参加人数（予定） |  |
| 希望する  講座内容 |  | |
| 留意事項 | □各会場の使用ルールを遵守してください。  □基本的な感染症対策を実施してください。  　（咳エチケット，まめな手洗い，換気の徹底 など） | |
| 出前講座の情報入手先 | □わがや　　　　　　　　　　　□柏市のホームページ  □以前お願いしたことがある　　□友人・知人から  □その他（　　　　　　　　　　） | |

在宅医療出前講座　申込書

　　　　以下市役所処理欄 〈決定伺〉

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　年　月　日  □派遣する  □派遣しない | 課　長 | 専門監 | 専門監 | 担当リーダー | 地区担当 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |  |