　　　年　　月　　日

旭川医科大学長　行

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地方公共団体等名 | |  | | |
| 組織･機関等の長 | |  | | |
| 事務担当　部署名 | |  | | |
| 事務担当　氏名 | |  | | |
| 住 所 | 〒 | |  | |
| 電話番号 |  | | | (FAX) |
| E-mail |  | | | |

申込要領を承諾の上、下記のとおり派遣講座を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望順位 | 番号 | 講演テーマ | 講演者名 | 所属・職名 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

※講演テーマの決定にあたっては、派遣講座講演テーマ一覧のキーワードをご参照ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣講座実施予定事業名 | |  | | | | | |
| 日時 | | 年　　月　　日　（　　） | | | ： | ～ | ： |
| 講演時間 | | ： | ～ | ： |  | | |
| 会　　場 | 会場名 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 予想参加者数 |  | | | | | |
| 対　象（性別・職種・  年齢構成等） | |  | | | | | |
| 目的 | |  | | | | | |

貴機関で企画されている事業のご予定をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 下記の点について**必ず**ご確認いただき、チェックをお願いします。 | |
| 交通費（必要に応じて宿泊費）は申込者負担であることを了承しました。 | |
| 交通費・宿泊費以外の謝金の支払いの予定はありません。 | |
| 講演会終了後に参加者に対してアンケートを実施し、まとめ（別紙）を提出する。 | |
|  | |
| 下記についてご回答願います。 | |
| １．利用可能機器をチェックしてください。 | （　パソコン　プロジェクター　） |
| ２．講師の内諾済みの場合はチェックしてください。 | （　内諾済みである。） |