在宅医療出前講座　申込書

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（　　）	

---------以下市役所処理欄　〈決定伺〉----------

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