**岩手保健医療大学「出張講義」申込書**

　　　　年　　　月　　　日

岩手保健医療大学学長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

|  |  |
| --- | --- |
| 講義の目的・ねらい |  |
| 希望講演テーマ（テーマリストから選択してください） |  | 希望テーマ |
| 第1希望 |  |
| 第2希望 |  |
| 第3希望 |  |
| 受講対象者（学年・年齢構成・人数など） |   |
| 開催希望日時 | 第1希望：　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　：第2希望：　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　：第3希望：　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　：　　～　　： |
| 実施場所 |  |
| 連絡先 | 担当者名 |  |
| E-mail |  |
| 電話番号/Fax | 電話番号　　　　　　　　　　　　　／　Fax　　　　　　　　　　　　　 |
| その他ご要望等 |  |

|  |
| --- |
| 受付 |
|  |

大学記入欄