

地域医療魚沼学校講座受講申込書

年 月 日

地域医療魚沼学校長 様

(学校名)

(代表者) 住 所

氏 名

電話番号

(担当者) 氏 名

下記のとおり講座を受講したいので申し込みます。

記

内 容		
希 望 日 時	第1希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分 (限)
	第2希望	月 日 () 時 分 ~ 時 分 (限)
場 所		
対 象 ・ 人 数	対象学年	年生
	受講単位 及び人数	・学年単位 人 ・学級単位 人 (○をつけて人数を記入してください。)
備 考	(受講にあたって特別の要望等がある場合は記入してください。)	

※ 学級単位で行いたい場合は、それぞれ申込書を提出してください。

(注意)

- 1 業務の関係上、日時等でご要望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- 2 講座の受講に係る施設の利用については、申込者の責任において行ってください。