（別紙様式）

令和　　年　　月　　日

県央保健所　出前講座申込書

（提出先）岩手県県央保健所　保健課

　ＦＡＸ：０１９－６２９－６５９４

団体等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 希望するテーマ |  |
| 参加者予定 | 人数 | 　　　　　　　　　　名 |
| 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　　　　　　　　　：　　　　～　　　　： |
| 開催場所等 |  |
| 連絡先 | 担当者　職名　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　電話：　ＦＡＸ： |
| その他（連絡事項等） |  |