出前講座申込書

年　　　月　　　日

公益財団法人佐賀県臓器バンク　理事長　様

団体等の名称：

住所：〒

代表者・職・氏名：

下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催希望日時 | 年　　　月　　　日（　　　）  午前・午後　　　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 開催予定場所 | 施設名称： |
| 住所：〒　　　－ |
| 参加予定人数 | 人 |
| 希望する  講座内容 | 【内容・テーマなど】 |
| 担当者の  連絡先 | 〒　　　－  住所：  ：  TEL：  FAX： |
| 備考 |  |

【申込・お問合せ先】　公益財団法人　佐賀県臓器バンク

　　　　　　　〒840-0054　佐賀県佐賀市水ケ江一丁目12番10号

　　　　　　　　　TEL：0952-25-6101　　FAX：0952-25-6102

　　　　　　　　　E-mail：organbank@saga-zouki.or.jp

出前講座申込書

実際にＦＡＸや郵送にて申し込んだ日を記載してください

記載例

令和〇年　　〇月　　〇日

公益財団法人佐賀県臓器バンク　理事長　様

団体等の名称：〇〇〇看護学校

住所：〒〇〇〇－〇〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　佐賀市○○町○○丁目〇〇番〇〇号

代表者・職・氏名：校長　佐賀　太郎

下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催希望日時 | 令和〇年　１０月　１０日（　土　）  午前・午後　　２時　００分　～　　３時　３０分  講座時間は１時間から  １時間半程度でお願いします |
| 開催予定場所 | 施設名称：  ○○○看護学校　○○講義室 |
| 住所：〒〇〇〇－〇〇〇〇  佐賀市○○町○○丁目〇〇番〇〇号 |
| 参加予定人数 | 約５０人 |
| 希望する  講座内容 | 【内容・テーマなど】  移植医療における私たちの権利や、意思表示について |
| 担当者の  連絡先 | 〒〇〇〇－〇〇〇〇  住所：佐賀市○○町○○丁目〇〇番〇〇号  ：  TEL：０９５２－〇〇－〇〇〇〇  FAX：０９５２－〇〇－〇〇〇〇  連絡事項があれば  記載してください |
| 備考 |  |

【申込・お問合せ先】　公益財団法人　佐賀県臓器バンク

　　　　　　　〒840-0054　佐賀県佐賀市水ケ江一丁目12番10号

　　　　　　　　　TEL：0952-25-6101　　FAX：0952-25-6102

　　　　　　　　　E-mail：organbank@saga-zouki.or.jp