

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： ふりがな 氏名： 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 佐賀県佐賀市水ヶ江一丁目 12 番 10 号

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

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

記載例

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

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

佐賀市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

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
開催予定場所	施設名称： 〇〇〇看護学校 〇〇講義室 住所：〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
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：佐賀市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号 ふりがな さが はなこ 氏名：佐賀 花子 TEL：0952-〇〇-〇〇〇〇 FAX：0952-〇〇-〇〇〇〇
備考	連絡事項があれば記載してください

【申込・お問合せ先】 公益財団法人 佐賀県臓器バンク

〒840-0054 佐賀県佐賀市水ヶ江一丁目 12 番 10 号

TEL：0952-25-6101 FAX：0952-25-6102

E-mail：organbank@saga-zouki.or.jp