

川越市食品衛生出前講座 申込書

年 月 日

(提出先)

川越市保健所長

*団体等の名称

*代表者 住所

氏名

電話番号

*テーマ名											
テーマを希望する理由											
特に説明して欲しいこと											
事前に質問がある場合は、記載してください。											
*希望日時	第1希望	月	日	()	午前・後	時	分	～	午前・後	時	分
	第2希望	月	日	()	午前・後	時	分	～	午前・後	時	分
	第3希望	月	日	()	午前・後	時	分	～	午前・後	時	分
*開催場所 (川越市内に限ります。)		[開催場所名称] [開催場所住所] 川越市									
*参加人数											
*機材について	ビデオ	<input type="checkbox"/> 使用できる		<input type="checkbox"/> 使用できない							
	パワーポイント	<input type="checkbox"/> 使用できる		<input type="checkbox"/> 使用できない							

●記入の際の注意事項

*印のついた項目は必ず記入してください。他の項目についても、未定又は該当しない場合を除き、できるだけ記入してください。