

出前授業申込書

令和 年 月 日

神奈川県社会保険労務士会

FAX送信先 : 045-662-9220

学校名				
所在地	〒			
電話番号		FAX		
担当者名				
メールアドレス				
事前打合せ 希望日時	第1希望	月	日 ()	時間 :
	第2希望	月	日 ()	時間 :
	第3希望	月	日 ()	時間 :
開催 希望日時	第1希望	月	日 ()	時間 :
	第2希望	月	日 ()	時間 :
	第3希望	月	日 ()	時間 :
対象学年		人数		クラス数
開催場所	教室 ・ 体育館 ・ 講堂 ・ その他 ()			
利用可能備品	PC ・ プロジェクター ・ スクリーン ・ マイク ・ その他 ()			
その他	※講座内容等ご希望があればご記入ください。			