

令和 年 月 日

一般社団法人千葉市老人クラブ連合会 会長 殿

講師派遣事業申込書

団体等の名称		
連絡先	住所	〒
	代表者氏名	
	電話・FAX番号	電話 FAX E-メール
	備考	※代表者以外で担当者がいる場合はご記入ください。 担当者氏名 電話
講師の希望	事業（講座）名	
	事業（講座）のねらい	
	開催希望日時	(第1希望) 年 月 日 () 時 分～ 時 分
		(第2希望) 年 月 日 () 時 分～ 時 分
		(第3希望) 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	参加対象・人数	() 人
会場名・所在地	電話	
講師に依頼する事項 (講演の場合はテーマ等)		

申込先 〒260-0844 千葉市中央区千葉寺町 1208-2 千葉市ハーモニープラザ 3F

FAX 送信先 : 043-262-1237

Eメール : info@chibashi-roren.jp