秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」

情報交換会申込書

申込年月日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村名 |  |
| 担当課  担当者名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| e‐mail |  |

|  |
| --- |
| 第１回　開催日時  第一希望　　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～ |
| 第二希望　　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～ |
| 第三希望　　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～ |
| 会場（予定） |
| 参加機関（予定） |
| 取り上げてほしい内容があればご記入ください。 |
| 準備可能な機材をお知らせください。下記にチェックをお願いします。  □プロジェクター　　　□スクリーン　　□マイク  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 記録のため動画・写真撮影を行うことについてご了承ください。下記にチェックをお願いします。  □撮影に同意します |

|  |
| --- |
| コラソン事務処理欄  □申込書受付　　月　　日  □開催日時　　　月　　日（　　　）　　　：　　　～  □共催依頼　　　月　　日 |