

出前講座申込書

令和 年 月 日

埼玉県社会保険労務士会

FAX送信先：048-826-4866

学校名			
所在地	〒		
電話番号		FAX	
担当者名			
メールアドレス			
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	
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。		