

FAX : 092-801-4909

ご希望日の1ヶ月前までに提出ください

福岡歯科大学・福岡看護大学・福岡医療短期大学 地域連携センター 宛

福岡歯科大学出前講座 申込書

令和 年 月 日

施設・団体名称 _____

代表者氏名 _____

開催場所 _____

担当者氏名 _____

担当者連絡先 〒 _____

担当者連絡 TEL _____ 連絡 FAX _____

担当者連絡メールアドレス _____ @ _____

ご対応いただける時間帯 _____ 時 分 ~ _____ 時 分

1. ご希望のテーマ(できるだけ具体的に)

例) 口臭予防について、口腔がんについて など _____

1. _____

2. _____

2. ご希望の日程(平日の月曜~金曜日)・時間 (※30分から1時間程度)

第1希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

第2希望 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

3. 参加対象者 _____ 予定人数 _____ 人

4. 開催場所の設備・備品

① プロジェクター (有・無) ② スクリーン (有・無) ③ マイク(有・無)

④ 大型TV(有・無) ⑤ 駐車場の確保 (有・無)

⑥その他() (有・無)

※受付後内容を確認してご連絡します。なお、講演内容、日程等によりご希望に添えない場合がありますことをご了解ください。

お問い合わせ先 福岡歯科大学・福岡看護大学・福岡医療短期大学 地域連携センター
〒814-0193 福岡市早良区田村2丁目15番1号

TEL: 092-801-0419 MAIL: 1center@fdcn.ac.jp