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: **lcenter@fdcnet.ac.jp**