（別紙１）

日本赤十字北海道看護大学看護開発センター

「出前公開講座」申込書

令和　　年　　月　　日

日本赤十字北海道看護大学

看護開発センター長　様

団体等名

代表者名

郵便番号　〒　　　－

住　　所

ご担当者(所属・部署名)

　　 (職名・ご氏名)

TEL　　　　　　　　　　　　　FAX

E-mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 受付 |
|  |  |  |

* 出前公開講座一覧表を参照のうえ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼講演テーマ | 一覧表番号 | | ※一覧表の講演テーマをご記入の上、お申込み後に講演者とご相談ください。 | | |
|  | |
| 講演者 職・氏名 |  | | | | |
| 受講対象者  職種・年齢構成  人数など |  | | | 予定受講者数  (受講者見込数) | 人 |
| ご希望の実施日時  第１希望日から第３希望日までお書きください。 | 第１希望：令和　　年　　月　 日（ 　）　：　　～　　：  第２希望：令和　　年　　月　 日（ 　）　：　　～　　：  第３希望：令和　　年　　月　 日（ 　）　：　　～　　： | | | | |
| 実　施　方　法  （該当欄に○を記入） |  | 講演者の派遣 | | | |
|  | WEB会議アプリ（ZOOM）を利用して遠隔（リモート）  全体で受講（調査票：別紙１－３を提出） | | | |
|  | WEB会議アプリ（ZOOM）を利用して遠隔（リモート）  個別で受講（調査票：別紙１－３を提出） | | | |
| 実施場所（会場） | 会場名：  住　所： | | | | |
| 実施会場において  利用可能な機器設備 | 該当番号を  ご記入願います | | | | |
| 1. ﾊﾟｿｺﾝ、②ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ、③ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰｽｸﾘｰﾝ、④黒板又はﾎﾜｲﾄﾎﾞｰﾄﾞ | | | | |
| 実　施　形　態  （該当欄に○を記入） |  | 出前公開講座として単独で実施 | | | |
|  | 企画事業等におけるプログラムの一部として出前公開講座を実施  （企画事業等名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| そ　の　他ご要望等 |  | | | | |

大学記入欄

注意事項：旅費のご負担をお願いいたします（本講座の案内参照）。

開催案内等を作成し、必ず本学に提出してください。