

派遣講座申込書

必要事項をご記入の上、e-mail または FAX でお申込みください。

年 月 日

希望テーマ				
希望講師名				
申込団体名 代表者氏名				
担当課 担当者名				
連絡先	TEL		FAX	
	e-mail			
実施希望日時	【第1 希望日時】 年 月 日 () : ~ : (時間 分)			
	【第2 希望日時】 年 月 日 () : ~ : (時間 分)			
実施会場	会場名			
	住所	〒		
受講対象者				
受講予定人数	人			
謝礼等	謝礼	円	旅費	円
その他・希望事項等				
リカレント教育・リスキリングを目的として実施予定ですか？ ※どちらかにチェックをいれてください。			☐ はい ☐ いいえ	

① 実施2か月前までには下記申込先までお知らせください。

実施日時を特定できない場合は「〇月〇日頃予定」「〇月〇旬頃」など、おおよその実施日時をご記入ください。

② 講師派遣のための旅費及び謝礼は、原則として申込団体等でご負担いただきます。

③ 講義や行事等の都合によりご希望に沿えない場合がございますが、別日程で調整も可能です。お気軽にご相談ください。

申込み・連絡先：会津大学短期大学部 地域活性化センター

TEL：0242-23-7034 FAX：0242-37-2412

e-mail：chiiki@jc.u-aizu.ac.jp

