

墨田区リクエスト講座受付書

年 月 日受付

団 体 名		代表者名	
連 絡 先	氏 名(フリガナ):		
	住 所:		
連 絡 方 法	<input type="checkbox"/> 電 話:		
	<input type="checkbox"/> FAX:		
	<input type="checkbox"/> メー ル:		
希 望 講 座 名	(講座番号:)		
目 的			
希望日時及び会場	第一希望 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 会 場:		
	第二希望 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 会 場:		
	第三希望 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 会 場:		
参加予定人数	人		
備 考			