

社会保険労務士による出張授業 申込書

下の枠内に必要事項をご記入の上、下記宛て先までFAX、もしくは郵送にてお申込み願います。
 なお、申込締め切りは 出張授業希望日の2ヶ月前迄 ですので、予めご了承ください。

ご記入日：平成 年 月 日

1. お申込者の学校名・ご担当者等

ふりがな			
学校名			
ふりがな		ご担当	
ご担当者お名前		校務分掌・教科 など	
学校所在地	〒 ー 大阪府		
電話番号	()		
FAX 番号	()		
E-mail	@		

2. 授業希望日時等

授業希望日時	<input type="checkbox"/> 1回のみ実施	(第一希望) 平成 年 月 日 ()					
		(第二希望) 平成 年 月 日 ()					
		(第三希望) 平成 年 月 日 ()					
時間帯	<input type="checkbox"/> 複数回実施	①平成 年 月 日 ()					
		②平成 年 月 日 () (合計 回)					
		※ 他に複数回ご希望がございましたら、下記のご要望欄をお願いします。					
時間帯	午前・午後 時 分 ～ 時 分 (分間)						
対象学科	科	学年	年	学級数	学級	人数	全 名
ご希望の 授業内容 その他 ご意見・ご要望	* 特に、ご希望される授業の内容やテーマ、授業の方法等についてご希望がございましたらできるだけ詳しくご記入ください。また、注意点や上記にご記入できないこと等、特記することがございましたらこちらに併せてご記入ください。						

申込先は：〒530-0043

大阪市北区天満2-1-30 大阪府社会保険労務士会館

大阪府社会保険労務士会

FAX 06-4800-8177

担当	配布日