「スマートフォン体験教室」申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 日中連絡のつく連絡先 | 代表者氏名： |
| 電話番号： |
| 開催場所 | 住所： |
| 施設名： |
| 駐車場利用可能台数(講師・サポーター) | 　　　　　　　　　　　　　　　台 |
| スクリーン | 　　　　　　　要　　　・　　　不要 |
| 受講予定者数 | 　　　　　　名 |
| 希望日時（午前または午後を○で囲んでください) | 第１希望　　　月　　　日　　　午前　・　午後第２希望　　　月　　　日　　　午前　・　午後 |
| 同日に２回開催の希望 | あり　　　・　　　なし |
| その他（気になる点などをご記入ください） |  |

【申し込み先】〒870-8504　大分市荷揚町２番３１号

大分市教育委員会　社会教育課

ＴＥＬ：０９７－５３７－７０３９

ＦＡＸ：０９７－５３２－８１０２