

# 「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