

5月10日（金）までにご提出ください

別紙 2

| | |
|-----|--|
| 提出先 | 運営事業者:株式会社サイエンスクラフト 担当:宇野、金井 FAX:03-6380-9064 メール:s-bousaigakkou@scraft.co.jp ※FAXまたはメールによりお申込みください。 ※申込受付後、受領確認のご連絡をいたします。 運営事業者より連絡がない場合は、受付できていない可能性がありますのでお問い合わせください。 |
|-----|--|

令和6年度 しながわ防災学校
地域実践コース（前期） 申込書

①希望メニュー・日時

| メニュー名 | |
|--------|---------------------|
| 第1希望日時 | 月 日 () 午前・午後 時 分開始 |
| 第2希望日時 | 月 日 () 午前・午後 時 分開始 |

②申込団体名

| 団体名 | 受講予定者数 | 名 |
|-----|--------|---|
| | | |

③ご担当者さま情報（ご案内や資料等の送り先となります）

| | | | |
|----------------|---------|-------|--|
| ふりがな | | 役職 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 - 品川区 | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| メールアドレス | @ | | |
| 連絡が取りやすい曜日・時間帯 | | | |

④実施会場（申込団体にて手配をお願いいたします）

| 会場名 | 定員* | 名 |
|-----|---------|---|
| 住所 | 〒 - 品川区 | |

※定員は、机と椅子（和室の場合は机のみ）を並べた状態での最大人数

⑤講義に対するご要望があればご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

※留意事項

○ご連絡のため、電話番号またはメールアドレスのいずれかを必ずご記入ください。

○記載内容はプライバシーを厳守し、研修目的以外には使用しません。