申込日　　　年　　月　　日

さいたま市立病院スポーツ医学総合センター

スポーツ活動支援講座 講座申込書

１　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | [ＴＥＬ]　　　　　　　　　　　[ＦＡＸ]  [Ｅ－ｍａｉｌ] |
| 所属団体名 |  |

２　講座の実施

|  |  |
| --- | --- |
| テーマ |  |
| 集　会 | [集会名］  [概　要］ |
| 参加予定人数 | 人 |
| 希望日 | 年　　　月　　　日 （　　　曜日）  午後　　　時　　　分 ～午後　　　時　　　分  ※時間帯は午後２時～午後６時（土日・祝日は午後１時～午後６時）です。  ※お申込み後に事務局より日程調整の連絡をします。ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。 |
| 会　場 | [会場名］  [住所］  [ＴＥＬ］  ※会場が未定の場合は、未記入で構いません。決まり次第、事務局にご連絡ください。 |

１　政治、宗教又は営利を目的とする場合その他スポーツ活動支援講座の趣旨に適さない場合は、利用できません。

２　要望や苦情等を聞いたり、交渉したりする場ではありません。

３　お申込み後、日程調整等の連絡をします。お申込み後、５日（土日・祝日を除く。）を経過しても、連絡がない場合は、お手数ですが、医事課までご連絡ください。