FAX 024-521-8308 （公財）福島県国際交流協会 行

平成29年度国際理解出張講座申込書

平成　年　月　日

申込団体名（ふりがな）	
代表者氏名（ふりがな）	
連　絡　先	担当者名 （ふりがな） TEL: FAX: E-mail

実施担当者連絡先	（申込連絡先と異なる場合は記入してください） 氏名（ふりがな） TEL: FAX: E-mail:		
希望プログラム名			
開 催 日 時	平成　年　月　日（　曜日）　:　～　:		
会場名（住所）	会場名（ふりがな） 住所 TEL FAX		
対象者および その人数			
目的			
経費等 ＊□にチェック入れてください	**負担金** □ 3,000 円（賛助団体のみ） □ _____円 （6,000 円以上）	**お支払方法** □ 当日現金 □ 振り込み	**必要な書類** □ 領収証_ □請求書 （□ 振込先記入） ＊依頼団体と異なる場合、宛先を書いてください。 _____ □その他 _____
要望・質問など			

※事業の概要がわかる要項等があれば添付してください。

協会記入欄

講師名	