

日本おもちゃ病院協会 御中

おもちゃドクター養成講座 開講依頼書

主催団体名	
担当者名	
所在地	〒
TEL	
FAX	

貴協会の講師派遣規定を了承の上、下記の通り「おもちゃドクター養成講座」開講を依頼します。

記

講座	おもちゃドクター養成講座 <input type="checkbox"/> 入門編 <input type="checkbox"/> 実習編	
日時	1日目 平成 年 月 日() : ~ :	
	2日目 平成 年 月 日() : ~ :	
会場	名称	
	所在地	
	TEL	
	FAX	
	担当者名	
	交通	線 駅から 徒歩 分 バス 分 ・会場までの地図(略図)を添付ください
	送迎	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
受講生	レベル	<input type="checkbox"/> 全く始めて <input type="checkbox"/> 経験あり ↓どの程度か具体的に ()
	予定人数	名 開催 10 日前までに確定数を通知ください。
テキスト	『おもちゃドクター入門』 必要数 冊 ・既購入の方は不要です。開催 10 日前までに確定数を通知ください。 ・10 冊未満の場合は運賃着払となります。	

以上

<以下協会使用欄>

講師名 _____

記入日 平成 年 月 日

受講者数	教材	テキスト	その他、報告事項など
名	使用数		
	残部		