

平成23年度「国際理解教室講師派遣」 申込用紙

申 込 日	年 月 日 ()
行 事 名	
開催日時	年 月 日 () : ~ :
開催場所	所在地)
対 象 者	※学年, 人数等を分かる範囲でお書きください。
行 事 の 目的・趣旨	
担 当 者 連 絡 先	氏 名) 役 職)
	電 話) F A X)
希望する 講演内容	※ 出来るだけ具体的にお書きください。
過 去 の 開催実績	※過去に開催実績がある場合のみ, 開催日時, 参加人数, 講師等をお書きください。
視聴覚機材	プロジェクター(有・無) スクリーン(有・無) マイク(有・無)
備 考	

(注) 1. 国際交流課宛てに提出してください(FAX可)。

〒070-0031 旭川市1条通8丁目 フィール旭川7階 電話 25-7491 FAX 23-4924

2. 開催日の1か月以上前にお申し込みください。

課 長	主 査	係

受付者	対 応