

(公社)京都勤労者学園 出張・提携講座 申込書

組合名	電話番号 ()				
所在地	〒 ー				
代表者及び印	⑩	(担当者名)			
実施日時	年	月	日()	午前・午後	時 分～ 時 分
実施場所					
実施対象	(対象)		(人数)		名
講座 内容	題目				
	目的				
希望する講師 ※学園講師を原則とする					
その他					
申込日 年 月 日 公益社団法人 京都勤労者学園 学園長 殿 (tel 075-801-5925)					

受付	年	月	日	・出張講座 ・提携講座 共催のみ	承認	専務理事	事務長	会計
受付者		担当者						