

## 講師派遣の申込書

NPO 法人ライフデザインセンター Fax No 026-229-8002

主催者・主催団体名	
ご住所	〒
ご担当者	
お電話番号	
Fax 番号	
E-mail アドレス	

### ご希望

開催日時	第一希望 年 月 日( ) : ~ : 第二希望 年 月 日( ) : ~ :
場所(会場)	
会場の所在地	
講座等の開催趣旨 あるいはご希望の テーマ	
ご希望の講師	
開催の形式	<input type="checkbox"/> 講演 <input type="checkbox"/> セミナー <input type="checkbox"/> ワークショップ <input type="checkbox"/> パネルディスカッション <input type="checkbox"/> その他(
予定参加対象者	約 人
予算	円(交通費 <input type="checkbox"/> 含む <input type="checkbox"/> 別)

その他