令和　　年　　月　　日

千葉市保健所感染症対策課長　様

組　織　名：
代表者氏名：

感染症予防教室　実施申込書

参加対象者	☐市民　☐市内の学校・施設等（子ども）　☐市内の学校・施設等（大人）	
参加予定人数	人　（内訳：　　）	
希望するテーマ		
希望日時	第１希望	年　月　日（　） 時　分　～　時　分
	第２希望	年　月　日（　） 時　分　～　時　分
	第３希望	年　月　日（　） 時　分　～　時　分
会場名	【テーマ３を選択の場合必須】会場内蛇口数：　個　（駐車場：☐有　・　☐無　）	
会場住所 ※市内のみ	千葉市	
機材	［準備可能な機材にチェックを入れてください］	
	☐マイク　☐パソコン　☐プロジェクター　☐スクリーン	
	☐スピーカー（パソコン接続可能なもの）　☐レーザーポインター	
担当者	部署・氏名	
	電話番号	
その他 連絡事項等		