申し込みフォーム

|  |  |
| --- | --- |
| 名称**＊** |  |
| 日時**＊** | 年　月　日（　）　　時間　　：　〜　： |
| 会場**＊** | 会場名称**＊**：  所在地：  交通手段： |
| 講師 |  |
| 対象**＊** |  |
| 主催**＊** |  |
| 共催 |  |
| 参加費**＊** |  |
| 定員 |  |
| 内容 |  |
| 申込み方法 |  |
| 問い合わせ先**＊** |  |
| 追加欄 |  |

以下にもご記入ください（通信欄）。

|  |  |
| --- | --- |
| 広報依頼者名と連絡先  （個人名でも団体名でも可） | 広報依頼者・依頼団体：  連絡先（連絡の取れるメールアドレスなど）： |
| 当学会の名義後援を受けている**＊** | □あり　□なし　□申請中 |
| 添付ファイルの有無**＊** | □あり　□なし  ありの場合、必要に応じて詳細内容が分かるPDFファイルや、Webリンクなどを添付してください |
| 掲載希望**＊** | □学会ホームページ　□学会メーリングリスト　□学会公式SNS（Facebook・X[旧Twitter]）  有償の研修会・講習会については原則学会メーリングリストのみの配信とさせていただきます。 |
| 配信希望日**＊** | □あり（　　月　　日）　　　　　□なし |

**＊**は記入必須項目です

申し込みフォーム（記入例）

|  |  |
| --- | --- |
| 名称**＊** | 2019年度 第2回○○○ |
| 日時**＊** | 2019年　4月　1日（月）　　時間　10：00　〜　12：00 (受付9:30〜)  *年は西暦で記入してください。複数日にまたがる場合は「〜」で結んでください。* |
| 会場**＊** | 会場名称**\***：　○○　第1会議室  所在地：　東京都○○区○○1-23-456  交通手段：○○駅より徒歩5分 |
| 講師 | 田中一郎（○○病院リハビリテーション科○○　言語聴覚士）  *講師名と所属・肩書を記入してください。* |
| 対象**＊** | 言語聴覚士 |
| 主催**＊** | 日本吃音・流暢性障害学会 |
| 共催 |  |
| 参加費**＊** | 事前申し込み2,000円　当日申し込み4,000円 |
| 定員 | 100名 |
| 内容 | *概要を300字以内（目安）で、あるいは時系列でプログラム内容について10行以内（目安）で記載してください。* |
| 申込み方法 |  |
| 問い合わせ先**＊** | 以下のURLをご参照ください。 http://www......  *連絡が取れる電話番号・メールアドレス・ホームページアドレスなどを記載してください。* |
| 追加欄 | *上記以外で追加する項目がある場合はここに記入してください。* |

以下にもご記入ください（通信欄）。

|  |  |
| --- | --- |
| 広報依頼者名と連絡先  （個人名でも団体名でも可） | 広報依頼者・依頼団体：〇〇　〇〇  連絡先（連絡の取れるメールアドレスなど）：abcd@gmail.com |
| 当学会の名義後援を受けている**＊** | ■あり　□なし　□申請中 |
| 添付ファイルの有無**＊** | □あり　■なし  ありの場合、必要に応じて詳細内容が分かるPDFファイルや、Webリンクなどを添付してください |
| 掲載希望**＊** | □学会ホームページ　■学会メーリングリスト　□学会公式SNS（Facebook・X[旧Twitter]） |
| 配信希望日**\*** | □あり（　　月　　日）　　　　　■なし |

**＊**は記入必須項目です