

備品・案内表示申込書

FAX : 082-254-1168

広島県健康福祉センター会場受付宛

お申込み日 : 20XX 年 ○月 ×日

団体名 : 公財)広島県地域保健医療推進機構

担当者 : 健 福 花 子

住 所 : 734-0007 広島市南区皆実町 1-6-29

電話番号 : 0 8 2 - 2 5 4 - 7 1 1 1

利用する年月日を記入し、使用会場・利用時間に✓してください。

利 用 日	20XX 年○月△日 (☆)
会 場	<input checked="" type="checkbox"/> 801 大研修室 <input type="checkbox"/> 802 中研修室 <input checked="" type="checkbox"/> 701 小研修室 <input type="checkbox"/> 702 小会議室 <input checked="" type="checkbox"/> 703 中会議室 <input type="checkbox"/> 301 栄養実習室 <input type="checkbox"/> 210 総合研修室
時 間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> 終日

使用する備品に✓してください。※各種設備・備品についてはお客様ご自身のセッティングをお願いします。

✓	プロジェクター (ディスプレイケーブル)	パソコン用スピーカー(小研修室・小会議室用)
	ピンマイク	LAN ケーブル
✓	レーザーポインタ	延長コード

案内表示を希望する際には下記にご記入ください。※ご指定がない場合は会場申込の内容を表示。

場 所	時 間	内 容
801 大研修室	11 : 30~14 : 30	健康診断の大切さ
802 中研修室	~	
701 小研修室	~	講師控室
702 小会議室	~	
703 中会議室	~	セミナー受講者控室
301 栄養実習室	~	
210 総合研修室	~	
主催者名(※団体名以外を表示されたい場合はこちらに記入をお願いします) (広島県健康福祉センター)		

ご不明な点は、TEL080-1644-5508 までお問い合わせ下さい。