Zoom ミーティング利用申請書

FAX 送信先：092-631-1142

申請日	年　　月　　日		
申請者	地区支部名		
	地区支部役職		
	氏名		
	連絡先	MAIL	@
		電話	
利用目的	□に✔をご記入下さい。		
		役員会議	
		施設代表者会議	
		打合せ	
		その他（　　）	
行事名称			
利用希望日時	準備を含めた時間を記載してください。		
	第一希望	月　　日（　）	：　～　：
	第二希望	月　　日（　）	：　～　：
	第三希望	月　　日（　）	：　～　：
共同ホスト担当者名	①担当者氏名		MAIL
	②担当者氏名		MAIL
その他連絡事項			

公益社団法人福岡県看護協会　総務課