

よみうり回想サロン「出前レク」申込書

お申込み日： 年 月 日

| ● お申込団体・企業情報 をご記入ください | | | | |
|---|---|-----|---------------------------------|---------------------|
| フリガナ | | | | |
| 団体・企業名 | | | | |
| 所在地 | 〒 - | | | |
| 連絡先 | 電話 | - | - | FAX |
| フリガナ | | | 部署 役職 | |
| 代表者氏名 | | | | |
| ● お申込ご担当者情報 をご記入ください | | | | |
| フリガナ | | | 部署 役職 | |
| ご担当者氏名 | | | | |
| 連絡先 | 電話 (直通) | - | - | 携帯電話 |
| 連絡希望時間帯 | 時 分 ~ 時 分頃 ※上記ご連絡先に、お申込確認のためご連絡させていただきます。〈連絡時間/月~金10:00~17:00〉 | | | |
| メールアドレス | @ | | | |
| ● お申込み内容詳細 をご記入ください | | | | |
| 出前レク 実施希望日 (実施時間：約1時間) | 第1希望 | 年 | 月 | 日 (曜日) 午前・午後 時 分 ~ |
| | 第2希望 | 年 | 月 | 日 (曜日) 午前・午後 時 分 ~ |
| 参加人数 (予定) | 人 | | 参加者の特徴 (男女、年代比、介護度など) | |
| 実施場所 (会場名・施設名等) | | | ※ご参加人数は1回あたり10名程度が目安です。 | |
| 実施場所の所在地 | 〒 - | | | |
| 実施場所の最寄駅 | 線 | バス停 | 駅 | |
| 連絡事項 (出前レクのご要望など) | | | | |
| DVD購入 | ※出前レクでは「よみうり回想サロン」のDVDを使用します。このDVDをご購入いただきましたでしょうか。 〈1枚：4,290円(税込)〉。下記に☑をご記入ください。 20年代有り <input type="checkbox"/> 30年代有り <input type="checkbox"/> 40年代有り <input type="checkbox"/> 昭和から平成編有り <input type="checkbox"/> 未購入 <input type="checkbox"/> | | | |
| 講演料 | 16,500円~(税込) | | ※別途、大手町駅(東京)からの往復交通費をご負担いただきます。 | |
| ※FAX受領後、内容の確認やお支払い合計額を担当者よりご連絡させていただきます。 | | | | |
| ※請求書は、出前レク当日に持参いたしますので、弊社指定口座へ翌月末までにお振込みください。 | | | | |
| ※講演料等は、銀行振込となりますが、領収書が必要な場合はお知らせください。 | | | | |
| | | | | 申込番号：fo20210401 |

クロスメディア部「よみうり回想サロン」係(読売新聞東京本社内) TEL:03-3216-8872

FAX:03-5200-1880