シマフクロウ・エイド 講演ご依頼・ご相談フォーム

記入日：　　　年　　月　　日

**\***は必須入力項目です。

**講演内容について**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の状況**\*** | □ご相談・企画中　□ご依頼 |
| 事業名(イベント名) **\*** |  |
| 主催者**\*** |  |
| 講演日時 | 年　月　日　　午前・午後　　:～　　： |
| 場所(会場名) | 都道府県：　　　　　　都市名  会場名： |
| 最寄り駅や空港など | 駅、　　　　空港より、(バス・車)　　　分 |
| 会場の設備 | □プロジェクター　□スクリーン　□パソコン  □マイク・スピーカー(音響設備)　□机 |
| 事業(イベント)の目的 |  |
| 希望する講演テーマ |  |
| 形式 | □講演　□パネルディスカッション  □その他： |
| その他講演者がいる場合はお書きください | お名前：  御所属： |
| 対象、参加予定人数 | 対象：  参加予定人数： |
| ご講演依頼のきっかけ・経緯 |  |
| 当日配布資料 | レジェメ　　　　　□可　　□不可  当団体の資料等　　　□可　　□不可 |
| アンケート実施の可否 | □可　　□不可 |
| 謝礼 | □有(　　　　　　　　)円　　　□無 |
| 交通費、宿泊費の支給 | 交通費□有　　□無  宿泊：□有(□依頼元で手配　宿泊先：　　　　　　　)  　　　　 (□当団体で手配　宿泊先： 　　　　　　)  □無 |

**ご担当者様 情報**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ  お名前**\*** |  |
| ご所属**\*** |  |
| ご連絡先**\*** | 〒  TEL: FAX:  E-mail: |
| 備考 |  |

ご記入いただき、有難う御座いました。

シマフクロウ・エイド事務局までメールまたはFAXでご返送ください。

よろしくお願い申し上げます。



【フォーム送付先・連絡先】

　特定非営利活動法人 シマフクロウ・エイド　事務局

〒088-1364北海道厚岸郡浜中町茶内若葉2-36

TEL/FAX：0153-65-2183火-金曜日　10-17時

Email：office@fishowlaid.jp