**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