

県立中部病院 出前講座 実施申込書

中部病院FAX番号: 973-2703

中部病院経営課 仲里 行

申 込 日 : 年 月 日

自 治 会 名 :

電 話 番 号 :

F A X :

メー ル ア ド レ ス :

ご 担 当 者 名 :

※ 複数の講座をお申し込みされる場合は、お手数ですが、この用紙をコピーされて講座ごとにお申し込みをお願いします。

講座名		
開催日時	第1希望日	年 月 日 () 曜日 午前・午後 時 分 ~ 時 分
	第2希望日	年 月 日 () 曜日 午前・午後 時 分 ~ 時 分
	第3希望日	年 月 日 () 曜日 午前・午後 時 分 ~ 時 分
	※開催日時は未定で実施を希望される場合は、いつ頃の実施をご希望されるのかだけでもお知らせください。	
開催会場	会 場 名 : 会 場 住 所 : 会 場 電 話 番 号 :	
参加予定者	人 数 () 人	
備 考		

..... 下記は中部病院が記入する事項ですので、空欄のままをお願いします.....

実施可否	可・不可	決定実施日時	年 月 日 曜日
施設への連絡	未・済		(時 分 ~ 時 分)
講師調整	未・済	講師名	
報告書提出	未・済		