

# 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 担当 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		