

申し込みは FAX またはメールでお願いします



企業向け出前講座の申し込み書

| | | | |
|-------------|--|-----------------------|---|
| 講座名 | | | |
| 施設名 | | | |
| 担当者名 | | | |
| 連絡先 | TEL _____ メール _____ (配布資料送付のため、FAX で申し込みの場合はご記入ください) | | |
| 開催希望日時 | 第1希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで | |
| | 第2希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで | |
| | 第3希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで | |
| 開催場所 | | 参加人数 | 人 |
| 準備可能な 器材 | パソコン ・ プロジェクター ・ スクリーン ・ ポインター 講師持参の可否 (パソコン・USB) | | |

ご要望等ありましたら具体的に、ご記入ください

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※用紙提出後、担当者から連絡させていただきます。

※申し込み状況によりご希望に添いかねることがございます。

※講師の指名には添いかねます。

※当院ホームページに施設名を紹介させていただきます、ご了承ください。

お問合せ

磐田市立総合病院

地域医療支援室

担当者 看護師 佐藤明美

連絡先 TEL 0538-38-5545 FAX 0538-38-5549

メール chiikirenkei@hospital.iwata.shizuoka.jp