

出前講演申込書

申込日 年 月 日

団体名			
ご担当者名（部署）			
ご担当者の連絡先	〒 (勤務先/自宅)		
TEL	()	FAX	()
携帯電話	— —	E-Mail	@
催事名称			
開催趣旨・目的			
対象者・人数			
会場名と住所			
使用できる機材	パソコン プロジェクタ スクリーン マイク (可能なものに○)		
開催日時 第1希望	平成 年 月 日 曜日 午前/午後 時 分 ~ 時 分 講演時間 () 分間		
第2希望	平成 年 月 日 曜日 午前/午後 時 分 ~ 時 分 講演時間 () 分間		
講演No、講演名	No.		
その他連絡事項			

※ 記入できる範囲でご記入下さい。ご不明な点は遠慮なくご相談下さい。

〈申し込み・問い合わせ先〉

医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

地域医療連携室 TEL 076-252-2101 FAX 076-252-0561