

受付番号

(* 病院で記入します)

三豊市立永康病院 出前講座申込書

令和 年 月 日

三豊市立永康病院 総務課 宛

F A X : 0 8 7 5 - 8 3 - 6 3 7 9

申込者 (団体名)

代表者 氏名 :

住所 :

電話番号 :

Mail :

講座	部 門	A 医師部門 B 看護・地域連携部門 C 検査・薬局・放射線・リハビリ部門
	講座 No	
	講座名	
日時	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
場 所		
参加予定人数		
講座希望の理由		
その他		

- ①希望講座の部門は、○で囲んでください。
- ②出前講座は質疑応答を含め30～60分程度です。
- ③業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。
- ④講座開催場所の確保は申込者にて確保してください。
- ⑤ご要望やご質問などがありましたら「その他」の欄にご記入ください。
- ⑥申込から5日経過しても代表者へ連絡がない場合、申し訳ありませんが当院までご連絡ください。

三豊市立永康病院