

なでしこ出前健康講座申込書

申込日 年 月 日

※ 太枠内を可能な範囲でご記入ください。ご不明な点は遠慮なくご相談ください。

FAX受取後、数日で、当院より講座のお引き受けについて、お電話させていただきます。

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・プロジェクター・スクリーン・マイク (可能なものに○)		
開催日時 第1希望	年 月 日 曜日 午前/午後 時 分 ~ 時 分	講演時間()分間	
開催日時 第2希望	年 月 日 曜日 午前/午後 時 分 ~ 時 分	講演時間()分間	
ご希望される講演内容			
その他連絡事項			

<申し込み・問い合わせ先>

石川県済生会金沢病院 地域連携室

TEL :076-266-1489

FAX :076-266-2990

申し込み受付 担当者: