

公立岩瀬病院出前講座申込書

令和 年 月 日

公立岩瀬病院長 様

団体名

代表者住所

代表者氏名

電話番号

公立岩瀬病院出前講座を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

希望日時	第一希望 令和 年 月 日() 時から		
	第二希望 令和 年 月 日() 時から		
開催場所			
希望講座 No.		講座名	
実施方法	<input type="checkbox"/> 出前講座単独で実施 <input type="checkbox"/> 他の会合と併せて実施 会合名() 会合開始時間(時)		
予定人数		対象者	
備考			

申込先: 公立岩瀬病院 総務課

TEL 0248-75-3111(内線 2304)

FAX 0248-73-2417