

町立辰野病院 出前講座申込書

20 年 月 日

町立辰野病院 院長 様

団体名 _____
代表者氏名 _____
代表者住所 _____
担当者氏名 _____
// 電話番号 _____
// 携帯電話番号 _____
// メールアドレス _____

以下のとおり出前講座を申し込みます。

希望講座名			
希望日時	第1希望	年 月 日()	午前・午後 : ~ :
	第2希望	年 月 日()	午前・午後 : ~ :
	第3希望	年 月 日()	午前・午後 : ~ :
参加予定人数			
場所 (施設名・住所)			
会場の備品等	(ご用意できるものに○印)※全て使用するとは限りません ・プロジェクター・スクリーン・パソコン・ホワイトボード(マグネットつき)・講師用マイク・ 演台・長机・椅子		
その他	講座内容に関するご希望等がありましたらご記入ください。		

- ・担当講師と日時を調整のうえ、担当者の方へご連絡いたします。
- ・講師の業務の都合により日時のご希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。

申込み窓口

〒399-0496 辰野町大字辰野 1445 番地 5

町立辰野病院 医療連携支援室 代表電話:0266-41-0238 (内線 2170)

FAX :0266-41-5578 メール :renkei@town.tatsuno.lg.jp