

小島病院 出前講座実施依頼申込書

お申込日：平成 年 月 日

FAX:084-976-6309

団体名またはグループ名			
ご連絡先	代表者名：		
	住所：		
	電話：	FAX：	
	E-mail：		
学習会などの名称・目的	名称		
	目的 例) 勉強の為		
実施希望日	第1希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
開催場所	会場名	電話：	
	所在地		
参加対象者			参加予定人数： 人
希望講座内容	No.	講座名	
備品等	スクリーン 有・無	プロジェクター 有・無	パソコン 有・無
	会場内 土足：可・不可		その他 ()
備考			

* 以下、小島病院記載欄

受付日	年 月 日	派遣 予定者	(部署・担当者名)
-----	-----------------	-----------	-----------

開催日	年 月 日 () 時 分～ 時 分
-----	--

決裁欄	院長	地域医療部長	派遣部署長