# 小畠病院　出前講座実施依頼申込書

お申込日：　　年　　月　　日

FAX:084-976-6309

| | | | |
|---|---|---|---|
| 団体名または<br>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<br>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、小畠病院記載欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受付日 | 年　　月　　日 | 派遣<br>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 |
| | | | |