松阪中央総合病院出前講座申込書

申込番号	

申込日	令和　　年　　月　　日（　　曜日）					
依頼団体名						
代表者氏名						
連絡先	住　所	〒 （電話番号　　－　　－　　）				
希望する講座	第1希望（番号）		第2希望（番号）		第3希望（番号）	
希望日時	第1希望　令和　年　月　日（　曜日）　時　分～　時　分					
	第2希望　令和　年　月　日（　曜日）　時　分～　時　分					
	第3希望　令和　年　月　日（　曜日）　時　分～　時　分					
実施会場名						
実施会場の住所	〒 （電話番号　　－　　－　　）					
参加予定人数						
会場にある設備（〇で囲う）	パソコン　　スクリーン　　プロジェクター　　その他（　　）					
備　考						

※ 上記太枠内をご記入ください。

※ お申し込みは、下記お問合せ先へ郵送またはFAXでお願いいたします。

※ 日程調整のため、希望日の2ヶ月前までにお申し込みください。

お問合せ先
松阪中央総合病院　地域医療連携室
（ 担当： 小林・井ノ口）
TEL0598－21－5510　　FAX0598－21－7616
〒515-8566　松阪市川井町字小望102
E-mail ： susumu.inoguchi@miekosei.or.jp