出　前　講　座　申　込　書

　　　年　　月　　日

山口労災病院長　殿

住 所：

団体名等：

代表者氏名：

電話番号：

FAX番号：

次のとおり「出前講座」を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 〈第１希望〉  　　　　年　　月　　日（　曜日）　　時　　分～　　時　　分  〈第2希望〉  　　　　年　　月　　日（　曜日）　　時　　分～　　時　　分 |
| 会場 | 会場名：　　　　　　　　　　　　　　　　駐車場：□あり　□なし  所在地：  電話番号： |
| 希望する  講座名 |  |
| 受講予定  人数 | 人（10名以上でお願いします。） |
| 実施方法 | □　出前講座単独で実施  □　他の会合やイベントと合わせて実施  　　会合・イベント名：  　　開始時刻　　　　　時　　　　分 |
| 備考  （連絡事項） |  |
| ※処理欄  （記載不要） |  |

【問い合わせ先】

山口ろうさい病院 ℡ 0836-83-2881（代）

【申込み】

地域医療支援部門へFAX（連絡票不要）

FAX 0836-81-5007