

《高田厚生病院 出前講座申込書》

申込日 平成 年 月 日

団 体 名	
担 当 者 名	
連 絡 先	
開催希望日時	第1希望：__月__日，午後__時__分～__時__分 第2希望：__月__日，午後__時__分～__時__分
会 場 名	
参 加 人 数	約 名（※予定人数で構いません）
対 象 者 （職員・利用者等）	
講座希望番号 ・内容等	
準備可能機材	パソコン・プロジェクター・マイク・スクリーン

※出前講座開催日の1ヶ月前までにご提出ください。

※提出は FAX でも構いません。 **FAX : 0242-54-6709**

※ご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

◆お問合せ先：高田厚生病院 担当 鈴木 和子

TEL : 0242-54-2211（内線：911）