

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

公立八鹿病院組合

管理者 様

団体・グループ名 _____

代表者氏名 _____ 印

代表者住所 _____

連絡先

担当者氏名 _____

連絡先

公立八鹿病院組合医療出前講座申込書

医療出前講座を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

希望する 講座テーマ			
希望日時 及び会場	第1希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
	所在地		
	施設名称	電話	
参加予定者数	人 (男性 人、女性 人)		
受講目的 及び理由	◎該当の□欄にチェックしてください。 □医療出前講座のみ実施 □医療出前講座を含む集会等として実施		
備考	※特に聞きたいことなどがあればお書きください。		