

下関市立豊田中央病院 健康講話申込書

令和 年 月 日

下関市立豊田中央病院 院長宛

申込者 (団体名) :

代表者 氏名 :

住所 :

電話番号 :

FAX 番号 :

講座	希望講座内容	
日時	第 1 希望	2019 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	第 2 希望	2019 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
	第 3 希望	2019 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
場所	1. 会場名 2. 住所 3. 会場の電話番号	
参加予定人数	人 (5 名以上の参加をお願いします)	
講座希望の理由		
その他		

備考 : ①健康講話は質疑応答含め 60 分程度です

②業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください

③希望場所の確保は申込者にて確保してください

④ご要望やご質問などがありましたら「その他」の欄にご記入下さい

⑤申込から 5 日経過しても代表者へ連絡がない場合、お手数ですが
当院までご連絡ください

(申し込み先)

下関市立豊田中央病院

担当 : 地域連携室 (電話 083-766-1285 FAX 083-766-1291)