

受付番号（ ）

「出張！！なんでも健康講座！！」申込書

令和 年 月 日

下関市立豊田中央病院長 宛

申込者（団体名）：

代表者 氏名：

住所：

TEL：

FAX：

講座No.		講座名	
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	
会場	施設名		
	住所		
	電話番号		
参加予定人数	人		
その他			

備考：①講座は質疑応答含め1時間程度です。

②業務の都合により、ご希望に沿えない場合もあります。

③会場の確保は申し込み団体側でご準備ください。

④ご要望・ご質問などありましたら、「その他」にご記入ください。

⑤申し込みから5日経過しても代表者へ連絡がない場合は、お手数ですが、地域連携室（TEL083-766-1285）までご連絡をお願いします。