

出張健康講座 申込書兼依頼書

令和 年 月 日

香川県済生会病院
若林 久男 院長 宛

申込者(団体名等)

電話番号

FAX番号

下記の通り、香川県済生会病院に出張健康講座を申し込みます。
講師派遣をお願いいたします。

希望日時	第1希望:令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分 第2希望:令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
場所	
希望講座	
講師名	(申し込み時は未記入で構いません)
参加人数	
開催目的	
備考	パソコンやプロジェクターの有無など 連絡担当者名:

お問い合わせ先:香川県済生会病院 地域連携室
TEL :087-868-9569
FAX:087-868-9563