

松江市立病院 総合支援センター 出前講座担当 行 (FAX:0852-60-8009)
TEL:60-8000(代表) e-meil:chiiki-iryuu@matsue-cityhospital.jp
※FAX の場合、この用紙のみご返送ください。送付状の添付は不要です。

記入日： 令和 年 月 日

(申込者)団体名：

担当者：

連絡先:(TEL) _____

(FAX) _____

出 前 講 座 申 込 書

このことについて、下記のとおり申し込みます。

記

- 1 講座No. : 講座名：
特に聞いてみたい内容があれば下記にご記載ください

--

- 2 開催日時
第一希望日 : 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
第二希望日 : 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
- 3 会 場 : (会場名) _____
(所在地) _____
- 4 参加人数: 名 (主に 歳代)
- 5 集会の名称及び目的 :

後日、担当者より、ご連絡差し上げます。