（西暦）　　年　　月　　日

**小牧市民病院　出前講座　申込書**

小牧市民病院　患者支援センター

出前講座　担当者　行

貴施設名：

担当者氏名：

担当者氏名：

担当者の電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者のFAX番号：

メールアドレス：

以下のとおり出前講座を希望いたします

|  |  |
| --- | --- |
| 希望講座内容 | 番号　　　　　　講座名　別紙講座以外の内容でしたら、以下にご記入ください |
| 講座対象者 |  |
| 参加予定者数 | 　　　　　　　　名程度 |
| 希望日時 | 第１希望　　月　　日（　　）午前・午後　　：　～　： |
| 第２希望　　月　　日（　　）午前・午後　　：　～　： |
| 第３希望　　月　　日（　　）午前・午後　　：　～　： |
| 実施予定会場 | 会場名：住　所： |
| ご要望があればご記入ください |  |
| ご希望の連絡先 |  |