

三原赤十字病院 「出張講座」申込書

申込日/ 年 月 日

主催団体名			
所在地	〒 -		
	TEL () -	Fax () -	
ご担当者名			
	TEL () -	Fax () -	
開催目的			
参加対象者			参加予定人数 名
開催日時	第1希望	日時	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
		テーマ	
	第2希望	日時	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
		テーマ	
	第3希望	日時	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
		テーマ	
開催場所 (会場名)	会場名		
	所在地 〒 -		
	電話番号 () -		
設備状況 (ご用意いただける機器に○をしてください。)	パソコン ・ PC用プロジェクター ・ スクリーン ・ DVD ・ OHP (※標準的な講座は、パソコンでパワーポイントを用いたビジュアル形式で行ないます。)		

・開催日まで調整期間が必要ですので、出来る限り早めにお申込みいただきますようお願い申し上げます。

・できる限りご要望にお応えできるよう調整をしますが、講師の勤務の都合などにより変更をお願いすることがあります。ご協力ください。

三原赤十字病院 地域医療連携課

TEL: 0848-61-3812

FAX: 0848-64-8421

Mail: kyotaku@mihara.jrc.or.jp