

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 () -	
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 一	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	() -	
【アンケートへのご協力をお願いいたします。該当の口に✓をいれてください。】			
1. 当院の出張講座を何で知られましたか？			
<input type="checkbox"/> 三原市老人クラブ連合会のご案内 <input type="checkbox"/> 当院ホームページをご覧になって			
<input type="checkbox"/> 友人・知人からのクチコミ <input type="checkbox"/> その他(下記にご記入ください)			
【			
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 医療社会事業課

TEL:0848-64-8111

FAX:0848-64-1803

Mail:iryoushakai-m@miharajrc.ir.jp