総合病院　三原赤十字病院
医療社会事業課　行

✚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
開催日時テーマ	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〇をしてください。）	パソコン　・　パソコン用プロジェクター　・　スクリーン （※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。）			

【アンケートへのご協力をお願いいたします。該当の□に✓をいれてください。】

当院の出張講座を何で知られましたか？

□ 三原市社会福祉協議会の案内を見て　　□ 当院ホームページを見て

□ 友人・知人からのクチコミ　　□ その他（下記にご記入ください）

【　　】

・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。

・講師の勤務の都合上、場合によっては中止や日程変更を依頼させていただくことがありますので、予めご了承ください。

・お申し込みは、**一団体につき年に一回限り**となります。

・出張講座の対象は地域のサロン・町内会等を対象としており企業からの申込はお断りする場合があります。

三原赤十字病院　医療社会事業課

TEL・FAX

0848-67-9800

Mail：iryoushakai-m@mihara.jrc.or.jp