

JA尾道総合病院 出前講座申込書

平成 年 月 日

JA尾道総合病院 病院長 宛

団体名 : _____

JA尾道総合病院出前講座を依頼したいので、下記のとおり申し込みます

ご連絡先 (ご担当者)	住所	〒 -			
	ふりがな 氏名				
	電話番号	()	-		
	Fax	()	-		
	E-mail	@			
希望日時	第1希望	平成	年	月	日 () 時 分 ~
	第2希望	平成	年	月	日 () 時 分 ~
場所	会場名				
	所在地				
参加予定人数	人				
希望講座	第1希望	NO.		講座名	
	第2希望	NO.		講座名	
受講目的					
備考					

- * 尾道、世羅、三原に在住・勤務・在学の団体・グループが対象です。
- * 遠距離の場合はご相談させていただきます。
- * 業務の都合により、希望日に添えない場合もありますので、ご了承ください。
- * 政治、宗教に関わる場合、又は営利を目的とした場合は、お断りさせていただきます。

(お問合せ先) 〒722-8508 広島県尾道市平原一丁目10番23号
 JA尾道総合病院 医療福祉支援センター
 TEL.0848-22-8111 FAX.0848-22-5102