

出張健康講座申込書

年 月 日

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会湘南平塚病院長 殿

団体名等
 申込者 住 所
 代表者名
 電話番号 ()

次のとおり「出張健康講座」を申し込みます。

希望講座名				講座番号	
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分	～	時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分	～	時 分
会 場		会場名			
		住 所			
		連絡先			
参加予定人数		人 (男 人・女 人) 程度		年齢層	歳代が中心
研修会等の名称 及び開催目的		名 称			
		目 的			
打ち合わせ担当者		氏 名		連絡先	()
備 考		※講座へのご要望がありましたらご記入ください。			
※処理欄 (記入不要)					

《申し込み先・事務担当》

済生会湘南平塚病院 地域連携室 電話：0463-71-6161 (代)

FAX：0463-71-6185