出張健康講座申込書

年　　　月　　　日

社会福祉法人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