

志摩市民病院

FAX:0599-72-3949

令和 年 月 日

志摩市民病院 出前講座申込書

申込者	団体名称	
	住所	
	連絡先	担当者名:
		電話番号:
参加予定人数	人	
希望講座番号		講座番号: 講座名:
開催日・場所	希望日時 ※	①令和 年 月 日() / 時間 : ~
		②令和 年 月 日() / 時間 : ~
	開催場所の名称	
	開催場所の住所	
備考		

※業務の都合により、講座や日時のご希望に添えない場合があります。

※申込み確認後、担当者より日程調整連絡させていただきます。

病院記入欄

受付日／番号	受付日:令和 年 月 日 / 受付番号:第 号
派遣職員	
講座日程(決定)	令和 年 月 日() / 時間 : ~