

真生会富山病院『出張講座』申し込み書

年 月 日

真生会富山病院
院長 真鍋 恭弘 殿

団 体 名 _____

担 当 者 名 _____

(担当者の連絡先)

電 話 番 号 _____

FAX 番 号 _____

E-mail _____

真生会富山病院『出張講座』を下記の通り、申し込みます。

希 望 講 座 名		
希望日時	第 1 希 望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第 2 希 望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
会 場	会場	
	所在地	
	用意可能な機器に○をつけて下さい。 パソコン プロジェクター スクリーン マイク	
参加予定人数		人
集会等の名称		
開 催 目 的		
備 考	※希望する医師や、病名、テーマがあればご記入ください。	

- ◆お申し込み方法
- 必要事項をご記入の上、**FAX:0766-52-2368** へ送付ください。
- ※お申し込みのご返答には5日ほどお時間をいただくことがございます。
- ※記入いただいた内容は出張講座のご連絡以外には一切利用いたしません。
- ※業務の都合により、ご希望の日時に添えない場合がありますので、ご了承ください。
- ※講師の体調不良の場合、当日の講演を延期及び中止させていただくことがありますので、ご了承ください。

病院使用欄		