

真生会富山病院『出張講座』申し込み書

平成 年 月 日

真生会富山病院

院長 真鍋 恭弘 殿

団体名 _____

代表者名 _____

団体または代表者の連絡先

郵便番号 〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

※折り返す場合の時間など、ご要望があればご記入ください。

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	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
	第2希望	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
	※第一希望と第二希望の日時をご記入ください。また、日時に関するご要望があれば併せてご記入ください。 ※当院担当者よりご連絡を差し上げ、内容確認の後、開催日を決定します。 業務の都合などにより、ご希望の日時に添えない場合がありますので予めご了承ください。	
会場名		
会場所在地	郵便番号	
	市区町村・番地	
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。あらかじめご了承ください。

※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。

病院使用欄		