

## 出張健康講座申込み

|                              |                         |    |   |   |       |
|------------------------------|-------------------------|----|---|---|-------|
| 申込み団体名                       |                         |    |   |   |       |
| 所在地                          | 〒                       |    |   |   |       |
|                              |                         |    |   |   |       |
| 担当者                          | ふりがな                    |    |   |   |       |
|                              | 氏名                      |    |   |   |       |
|                              | 所属                      |    |   |   |       |
|                              | TEL                     |    |   |   |       |
|                              | FAX                     |    |   |   |       |
|                              | E-mail                  | @  |   |   |       |
| 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 |
| ※希望日がないようでしたら特に希望なしに○をつけて下さい | 第3希望                    | 令和 | 年 | 月 | 日 ( ) |
|                              |                         |    | 時 | 分 | ～ 時 分 |
|                              | 特に希望なし                  |    |   |   |       |
| 参加予定人数                       | 約 名 ※おおよその参加予定人数を記載ください |    |   |   |       |
| 開催予定場所                       |                         |    |   |   |       |
| 希望の内容                        |                         |    |   |   |       |
| その他                          |                         |    |   |   |       |

※記載して頂いた情報は講座に関連することのみの使用とさせていただきます。

静岡医療センター

TEL:055—975—2000(代)

FAX:055—975—2725(代)

E-mail:310-kyouiku@mail.hosp.go.jp