

* この申請書は、実施希望日の6週間前までに地域医療連携センターへ提出してください。

様式第1号

「公立阿伎留医療センター健康出前講座」講師派遣申込書

平成 年 月 日

公立阿伎留医療センター院長 殿

団体等名 _____

代表者氏名 _____ (印)

(連絡先)郵便番号 〒 _____

住所 _____

担当者 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

FAX _____

番号 _____

E-mail _____

アドレス _____

「公立阿伎留医療センター健康出前講座」講師の派遣を次のとおり申し込みます。

希望講座名	講座NO. ()					
希望日時	第1希望	平成 年 月 日()午前・午後 時 分 ~午前・午後 時 分				
	第2希望	平成 年 月 日()午前・午後 時 分 ~午前・午後 時 分				
会場						
所在地	市・町・村			電話 :		
参加予定人数	人					
集会等の名称						
開催目的						
備考						

* 出前講座決裁欄 (以下申込者は記入しないでください。)

院長	センター長 (副院長)	副センター長	係長・主査	担当者	
看護部長	リハビリ技師長				

※地域医療連携センター担当者まで1度ご相談のうえ、お申込みください。

※出前講座について、別紙「公立阿伎留医療センター健康出前講座」講師派遣通知書のとおり決定し、承諾後郵送とします。