

*この申請書は、実施希望日の2ヶ月前までに総務課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 _____

(連 絡 先) 郵便番号 〒 _____

住 所 _____

担 当 者 氏 名 _____

電 話 番 号 _____

F A X 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	副院長	事務長	総務課長	総務係長	係

※ 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する。