

*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 _____

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	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。