

* 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

令和 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	令和	年	月	日()	午前・午後	時	分	～午前・午後	時	分
	第2希望	令和	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。