

## 松阪中央総合病院出前講座申込書

申込番号			
申込日	令和	年	月 日( 曜日)
依頼団体名			
代表者氏名			
連絡先	住 所	〒  (電話番号      -      -      )	
希望する講座名	講座番号: 講座名:		
希望日時	第1希望日時 令和    年    月    日( 曜日)    時    分～		
	第2希望日時 令和    年    月    日( 曜日)    時    分～		
	第3希望日時 令和    年    月    日( 曜日)    時    分～		
実施会場名			
実施会場住所	〒  (電話番号      -      -      )		
参加予定人数			
備 考	(ご希望される事等がありましたら、ご記入ください)		

※上記太枠内をご記入ください。

※お申し込みは、下記お問合せ先へ郵送またはFAXでお願いいたします。

※日程調整のため、希望日の2ヶ月前までにお申し込みください。

---

お問合せ先

松阪中央総合病院 地域医療連携室 (担当)小林、近藤

TEL0598-21-5510      FAX0598-21-7616

〒515-8566 松阪市川井町字小望102

---