

南島メディカルセンター出前講座申込書

整理番号:

申 込 日	令和 年 月 日
(フリガナ) 依頼者氏名 団 体 名	
(フリガナ) 代表者氏名	
連 絡 先	住 所：〒 — (電話番号： — —)
希望する講座	講座番号：
	講 座 名：
希 望 日 時	第1希望：令和 年 月 日 (曜日) 時 分～
	第2希望：令和 年 月 日 (曜日) 時 分～
	第3希望：令和 年 月 日 (曜日) 時 分～
実施会場名	
実施会場住所	住 所：〒 — (電話番号： — —)
参加予定人数	
備考	(ご要望・ご質問等がありましたら、ご記入ください)

※上記太枠内をご記入ください

※お申込みは、下記お問合せ先まで郵送・FAX・メールのいずれかにてお申込みください。
直接持参していただくことも可能です。

【お申込み・お問合せ先】

南島メディカルセンター 出前講座事務局
TEL:0596-72-0001 FAX:0596-72-2312
メール: info@nah.miekosei.or.jp
〒516-1306 度会郡南伊勢町槌柄浦1-1

