

公立芽室病院 出前講座申込書

令和 年 月 日

公立芽室病院 院長 宛
F A X : 0155 - 62 - 5843

申込者 (団体名) _____
 代表者 氏名 : _____
 住所 : _____
 電話番号 : _____
 Mail : _____

講座	部 門	A. 医師部門 B. 看護部門 C. 診療技術部・事務部門
	講座 No	
	講 座 名	
日時	第 1 希望	
	第 2 希望	
	第 3 希望	
場 所		
参加予定人数		
講座希望の理由		
その他		

- ①希望講座の部門は○でお囲みください。
- ②出前講座は質疑応答を含め30～60分程度です。
- ③開催希望日の2カ月前までにお申し込みください（職員の勤務調整のため）
 *業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。
- ④開催場所の確保は申込者にてお願いいたします。
- ⑤ご要望やご質問などがありましたら「その他」の欄にご記入ください。
- ⑥申込から5日経過しても代表者へ連絡がない場合、お手数ですが当院までご連絡ください。
 担当：事務局 庶務係 （電話： 62 - 2811 ）
- ⑦出前講座をご活用頂くに際し、実施要領をお読み下さい。