受付番号

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

ＦＡＸ：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　Ｄ．住民部門 |
| 講座 No |  |
| 講 座 名 |  |
| 日時 | 第１希望 | 月　　　　日　　　　時～ |
| 第２希望 | 月　　　　日　　　　時～ |
| 第３希望 | 月　　　　日　　　　時～ |
| 場所 | |  |
| 参加予定人数 | |  |
| 講座希望の理由 | |  |
| その他 | |  |

①希望講座の部門は〇でお囲みください。

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か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　経営企画係　（電話：　６２－２８１１　）

⑦出前講座をご活用いただくに際し、実施要領をお読み下さい。

公立芽室病院