

# 出張講習会 申込書

申込番号			
申込日	平成 年 月 日 ( 曜日)		
依頼団体名			
代表者氏名			
連絡先	住所	〒  (電話番号)	
	担当者氏名		
希望する講習名	番号		テーマ
希望日時	第1希望日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時 分から
	第2希望日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時 分から
	第3希望日	平成 年 月 日 ( 曜日)	時 分から
実施会場名			
実施会場	住所	〒  (電話番号)	
参加人数 (予定)			
備考	(希望される事項、質問等ありましたら、ご記入ください)		

※ 上記の太枠内をご記入ください。

※ お申込みは郵送、FAXまたはお電話でお願いいたします。

～お問い合わせ～

〒624-0906

京都府舞鶴市倉谷427番地

舞鶴赤十字病院 医療社会事業課

TEL. (直通) 0773-75-1920

FAX. 0773-75-7380