

(医療・介護職向け)

FAX 06-6992-6697

年 月 日

(あて先)

松下記念病院 病院長

団体名 _____

代表者氏名 _____

住所 _____

担当者氏名 _____

連絡先 _____

松下記念病院 出前講座受講申請書

以下のとおり出前講座を希望いたします

希望講座名(番号)		No.	
参加予定人数	概ね	人	(平均年齢 およそ 歳くらい)
希望日時	第1希望	月 日()	午前・午後 : ~ :
	第2希望	月 日()	午前・午後 : ~ :
	第3希望	月 日()	午前・午後 : ~ :
場所	会場名: 住所: 電話番号: 会場は、フロア(下足・スリッパ)・たたみ・じゅうたん (実技講座の場合)受講者は、床に 横になれます・横になれません		
集会の目的			
会場の設備・備品など (準備できるものにチェック)	スクリーン	プロジェクター	長机 椅子 パソコン マイク ホワイトボード 講師用演台 講師用駐車場
ご要望があれば ご記入ください			

講師の業務の都合により希望日時に添えない場合もあります、ご了承ください。