

送信先

市立旭川病院 地域医療連携課 FAX (0166) 26-0008

市立旭川病院 出張健康講座申込書

年 月 日

(あて先) 市立旭川病院 地域医療連携課

団体名

代表者氏名

住所

担当者氏名

担当者住所

担当者電話番号

以下のとおり出張健康講座を希望します。

希望日時	第1希望： 年 月 日 () 午前・午後 : ~ : 第2希望： 年 月 日 () 午前・午後 : ~ :
参加予定人数	概ね 人 (平均年齢およそ 歳位)
ご希望のテーマ ※医療や健康に関する こと何でも結構です	
開催場所	(○) を付けてください。 会場は ・フロアー ・畳 ・じゅうたん
会場の設備・備品の有無 (確認)	(○) を付けてください。 ・スクリーン ・プロジェクター ・パソコン ・マイク ・ホワイトボード ・講師用演台 ・長机 ・椅子
何かご希望があればお書きください。	

※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ので、ご了承ください。
(事業所等における業務スキルを向上させるための研修は対象外としております。)