

市立旭川病院 出張健康講座

講師派遣
無料

病院スタッフが、希望される日時・会場に出向いてお話しします。

市立旭川病院は、健康と生きがいにあふれた街づくりを担う地域の基幹病院として、皆さんから信頼される病院を目指しています。地域の皆さんの健康作りのお手伝いの一環として、当院職員による出張講座を開設しています。是非ご利用ください。

開 講	2015年5月から実施しています。
開 催 日 時	曜日は問いません。(ただし、12月30日～1月4日は除きます。) ■講座開始時間■ ・平 日 : 午後1時から午後7時まで ・土, 日, 祝日 : 午前10時から午後6時まで ※時間等は可能な範囲で対応しますのでご相談ください。
講 座 内 容	テーマは医療や健康に関して知りたいこと、聞きたいことなんでも結構です。1講座60分程度を想定しています。(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。)
申 込 対 象	市内の各種団体(市民委員会, 町内会, サークル, 学校, 企業など。参加人員がおおむね20人以上とし、政治, 宗教, 営利活動に該当すると認められる場合は除きます。)
派 遣 講 師	市立旭川病院の医師, 看護師, 薬剤師, 管理栄養士, 理学療法士, ソーシャルワーカーなど
会 場	申込み団体の指定する場所(住民センター, 地区センター, 公民館など)
経 費 負 担	講師派遣の費用は無料です。 ただし、会場借上げ料など準備にかかる経費(会場借上げ料, 設営費用等)は申込み団体でご負担ください。
申 込 方 法	講座希望の2か月前までに申込書によりFAX又は郵送でお申し込みください。 ※2か月未満でも可能な場合がございますのでご相談ください。

お申込み
お問合せ

市立旭川病院 地域医療連携課
〒070-8610 旭川市金星町1丁目1番65号
TEL (0166)72-4002
FAX (0166)26-0008

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 _____

FAX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。)