

おかなみ出前講座申込書

申込番号			
申込日	令和	年	月 日 (曜日)
依頼団体名			
代表者氏名			
連絡先	住所	〒 (電話番号 - -)	
希望する講座名	講座番号： 講座名：		
希望日時	第1希望日時	令和	年 月 日 (曜日) 時 分～
	第2希望日時	令和	年 月 日 (曜日) 時 分～
	第3希望日時	令和	年 月 日 (曜日) 時 分～
実施会場名			
実施会場住所	〒 (電話番号 - -)		
参加予定者数			
備考	(ご希望される事等がありましたら、ご記入ください)		

※ 上記太枠内をご記入ください。

※ お申し込みは郵送、FAX又はお電話でお願いいたします。お問合せ先は下記の通りです。

お問合せ先

社会医療法人畿内会 岡波総合病院 地域医療連携室

TEL 0595-21-3154 FAX 0595-21-3145

〒518-0842 伊賀市上野桑町1734番地

--	--	--	--