

申込先

独立行政法人国立病院機構 大分医療センター

〒870-0263 大分市横田2丁目 11 番 45 号 <http://www.nho-oita.jp/>**地域医療連携室**

TEL (直通) 097-593-1112

FAX (直通) 097-528-9651

E-mail renkei@oita2.hosp.go.jp

平成 29 年度 大分医療センター 出前講座申込書

独立行政法人国立病院機構 大分医療センター院長 宛

平成 年 月 日

申込者

代表者

団体名 _____

氏名 _____

連絡先 _____

出前講座を受講したいので、下記の通り申し込みます。

希望日時	第1希望	平成 年 月 日 時 分～ 時 分
	第2希望	平成 年 月 日 時 分～ 時 分
	第3希望	平成 年 月 日 時 分～ 時 分
会場	会場名	
	所在地	
	電話番号	
参加予定者	人数	人
	年齢層	
会合等名称		
希望される講座名 (メニュー内容)		
ご要望など		

*講師の日程調整、準備等のため、2か月前までにお申し込みください。

*当日は出前講座の様子を写真撮影いたします。支障がありましたらお知らせください。

*会合等にかかる資料(出席者への案内等)がございましたら添付ください。