

FAX: 0265-82-2317

年 月 日

## 昭和伊南総合病院 出前講座申込書

昭和伊南総合病院 総務課図書室 気付  
院長 村岡 紳介 行

団体名 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
担当者氏名 \_\_\_\_\_  
担当者電話番号 ( )  
担当者携帯電話番号 ( )  
担当者 FAX 番号 ( )

以下のとおり出前講座を希望いたします。

希望出前講座	番号	講座名
受講予定人数		人 (平均年齢およそ 歳位)
希望日時①	第1希望	月 日 ( ) 午前・午後 : ~
希望日時②	第2希望	月 日 ( ) 午前・午後 : ~
希望日時③	第3希望	月 日 ( ) 午前・午後 : ~
場所(会場)		
会場の床について (□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> フロア(下足・スリッパ) ・ <input type="checkbox"/> 畳 ・ <input type="checkbox"/> じゅうたん	
受講目的		
会場の備品等 (□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> スクリーン ・ <input type="checkbox"/> プロジェクター ・ <input type="checkbox"/> パソコン	
講師へのご要望等 あればご記入ください		

\* 講師の業務の都合により、講座や日時のご希望に添えない場合があります。