

出前健康教室申込書

申込日 年 月 日

団体名	
代表者氏名	参加予定人数 人

連絡先	電話番号
	FAX番号
	メールアドレス

希望日時	希望 ①	月	日	時	分	～	場所:
	希望 ②	月	日	時	分	～	場所:
場 所	希望 ③	月	日	時	分	～	場所:
	希望 ④	月	日	時	分	～	場所:

※ 場所につきましては、ご希望の場合当院講堂を利用することができます。

希望講座

希望 ①	講座No	講座名
希望 ②	講座No	講座名
希望 ③	講座No	講座名
希望 ④	講座No	講座名

機材の確認 (準備可能の場合は○印・準備不可の場合は×印を付けてください)

	機材名	準備可否
①	スクリーン	
②	プロジェクター	
③	パソコン	
④	音響(マイク等)	

※パワーポイント使用できるもの

当院使用欄

開催日時 平成 年 月 日 : ~ :

開催場所

団体名 代表者

講座名

担当講師 担当部署

参加人数 人

当院出発時間 :

当院帰院時間 :

移動手段

地域サービス 支援室室長	講師担当 所属長	講師 担当者	地域連携 課長	地域 担当者

申し込み先

済生会小樽病院地域医療連携室

TEL

0134-25-4321(代)

FAX

0134-21-3016(直)