

# 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<br>支援室室長 | 講師担当<br>所属長 | 講師<br>担当者 | 地域連携<br>課長 | 地域<br>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)