

出前健康教室申込書

申込日 年 月 日

〔施設情報をご記入ください〕

施設名			
代表者氏名			
連絡先	電話番号	—	—
	FAX番号	—	—
	メールアドレス	@	
参加予定者数	人		
開催会場	屋内(ロビー、食堂、会議室、他()) / 屋外		

〔開催希望日をご記入ください〕

希望日時	第1希望	月	日	時	分～
	第2希望	月	日	時	分～
	第3希望	月	日	時	分～

〔希望する講座名をご記入ください〕

希望 ①	講座No		講座名	
------	------	--	-----	--

(下記欄は、2講座を希望される場合にご記入ください。)

希望 ②	講座No		講座名	
------	------	--	-----	--

※メニュー表の所要時間を参考に、希望する講座名をご記入ください。

〔使用機材の確認をさせていただきます。〕

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

※原則当病院で機材は用意いたしますが、場合によりお願いすることがあります。

※済生会小樽病院使用欄

開催日時 年 月 日 : ~ :

開催場所

団体名 代表者 参加人数 人

講座名

担当講師 担当部署

当院出発時間 :

当院帰院時間 :

移手段

担当 副院長	講師担当 所属長	講師 担当者	地域連携 課長	受付 担当者

(お申し込み) 済生会小樽病院地域連携課

TEL 0134-25-4321(代)

FAX 0134-21-3016(直)