

岩手県立胆沢病院長 様

団体・グループ名 : _____
 代表者氏名 : _____ 印
 代表者住所 : _____
 連絡先 : _____
 担当者氏名 : _____
 連絡先 : _____

出前医療講演申込書

出前医療講演について、次のとおり申し込みます。

希望する講演テーマ			
希望日 及び会場	第1希望	年 月 日()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	年 月 日()	時 分 ~ 時 分
	所在地		
	施設名称	電話	
参加予定者数	人 (男性 人、女性 人)		
受講目的 又は理由	該当する□欄にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 学習会 <input type="checkbox"/> 研修会 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他()		
備考	※特に聞きたいことなどがあればお書きください。		