府中病院 出張講座　申込書

年　　月　　日

希望日時	第１希望日	月　　日（　）　　時　　分～　時　　分
	第２希望日	月　　日（　）　　時　　分～　時　　分
希望ﾃｰﾏ	第１希望日	講座番号（　　）　ﾃｰﾏ名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
	第２希望日	講座番号（　　）　ﾃｰﾏ名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
会　場	会場名	
	所在地	〒
	電　話	
参加予定者数	人（15 名以上でお願いいたします）	
連絡先（担当者様）	住　所	〒
	氏（ふり）　名（がな）	
	電　話	
	FAX	
	E-mail	
備　考		

［申し込み先］　府中病院 地域医療連携室

TEL 0725-43-1234㈹　　FAX 0725-40-2148

- 日時、応相談
- 講師料金・交通費 無料
- 和泉市・泉大津市内の開催場所
- 15 名以上の団体、グループ（営利や勧誘等を目的の講演はお受けできません）