

名張市立病院出前講座申込書

申込番号										
申込日	令和 年 月 日（ 曜日）									
依頼団体名										
代表者氏名										
連絡先	住 所	〒 (電話番号 — —) (メールアドレス)								
希望する講座番号										
希望日時	第1希望 令和 年 月 日（ 曜日） 時 分～ 時 分									
	第2希望 令和 年 月 日（ 曜日） 時 分～ 時 分									
	第3希望 令和 年 月 日（ 曜日） 時 分～ 時 分									
実施会場名										
実施会場住所	〒 (電話番号 — —)									
参加予定人数 (20名以上目安)										
備考										

※上記の太枠内をご記入ください

※この申込書でお申し込みの場合は郵送、FAX又はお電話でお願いいたします。

※参加予定人数は20名程度を目安にお申し込みください。20名未満の場合でも、内容や状況に応じて対応しますので、お気軽にご相談ください。

.....

お問い合わせ先

地方独立行政法人 名張市立病院 経営企画課

TEL 0595（61）1100 FAX 0595（64）7999

〒518-0481 名張市百合が丘西1番町178番地

.....