

# 出前講座申込書

申し込み日付: \_\_\_\_\_ 年 月 日

国立病院機構南九州病院 院長様

次のとおり「出前講座」を申し込みます。

ご施設名・団体名			
ご住所			
お電話番号			
FAX			
メールアドレス			
担当者ご氏名			
希望講座番号 (最大2講座まで承ります)			
派遣希望日時 (2ヶ月前までの申し込み)	第1希望	時間	年 月 日 ( ) : ~ :
	第2希望	時間	年 月 日 ( ) : ~ :
	第3希望	時間	年 月 日 ( ) : ~ :
開催目的			
開催場所			
参加予定人数			
参加者職種			
備考			

※ 申し込みを頂いたのち、当院の担当者より改めてご連絡をさせていただきます。

〈申し込み先〉 独立行政法人国立病院機構 南九州病院 副看護部長

鹿児島県始良市加治木町木田1882

FAX:0995-63-1807