

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番号			
メールアドレス			
ご担当者氏名			
希望講座番号 (最大2講座まで承ります)			
派遣希望日時 (2か月前までの申し込み)	第1希望	年 月 日 ()	時間 : ~ :
	第2希望	年 月 日 ()	時間 : ~ :
	第3希望	年 月 日 ()	時間 : ~ :
開催目的			
開催場所			
参加予定人数			
参加者職種			
備考			

* 申し込みをいただいたのち、当院の担当者より改めてご連絡させていただきます。

<申し込み・問い合わせ先>

独立行政法人国立病院機構南九州病院 副看護部長（渡邊）

FAX番号 0995 - 63 - 1807

e-mail : watanabe.mayumi.pk@mail.hosp.go.jp