

FAX:092-323-2406

糸島医師会病院 地域医療連携室 宛

糸島医師会病院 出前講座 申込書

令和 年 月 日

施設・団体名 ()

代表者氏名 ()

担当者氏名 ()

担当者連絡先

(郵便番号と住所:)

担当者連絡先 電話番号 ()

FAX 番号 ()

以下の通り出前講座を希望いたします。

希望講座	講座番号： 題名：
受講人数	概ね () 名
希望日時	第1希望 月 日
	第2希望 月 日
	第3希望 月 日
希望の開催場所	
会場の設備・備品	(ご用意できるものに○をつけてください) ・スクリーン ・プロジェクター ・パソコン ・ホワイトボード ・白壁 (スクリーンのご用意ができない場合) ・講師用マイク ・駐車場 ・長机 ・椅子
受講目的	
講師へのご要望があればご記入ください	