

様式第1号（第5関係）

令和 年 月 日

岩手県立二戸病院長 様

団 体 名
 代表者住所
 氏 名
 電 話 番 号

岩手県立二戸病院 出前講座受講申込書

岩手県立二戸病院の出前講座の受講を希望するので、次のとおり申し込みます。

受講希望講座名			
日 時	第1希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
会 場	名 称		
	所在地		
講演会等の名称 及び開催目的	名 称		
	目 的		
参加予定人数	人		
機 材 等 (いずれかに○)	パソコン : 自前で用意可・借用を希望・機材不要 スクリーン : 自前で用意可・借用を希望・機材不要 プロジェクター : 自前で用意可・借用を希望・機材不要 資料の印刷 : 自前で印刷可・病院で用意・印刷不要	※基本的には貴団体で ご準備ください ※講義資料はパワーポ イントとなります	
連 絡 先	担当者氏名 :	電話番号 :	
	連絡先住所 :		
	メールアドレス :		
受講者の年齢層 及び留意事項など			
備 考			

FAX の場合:0195-23-2834

郵送の場合 : 〒028-6193 二戸市堀野字大川原毛 38-2

岩手県立二戸病院 看護科 あて