

水戸赤十字病院 出前講座申込書

(FAX:029-227-0819 総務課行き)

年 月 日

水戸赤十字病院 病院長 宛

申込者(団体名)

代表者 氏 名 :

住 所 :

電話番号 :

F A X :

メー ル :

講 座	部 門	<input type="checkbox"/> 医師・看護部門 <input type="checkbox"/> 検査・薬局・放射線・栄養・リハビリ部門 <input type="checkbox"/> 災害時部門 <input type="checkbox"/> 季節のトピックス (ご希望の部門に✓を入れてください。)
	講 座 名	
日 時	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
場 所		
参加人数	名(予定)	
申込理由		
準備できるもの	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> プロジェクター	<small>※会場にない場合は、当院より持参します ※講座の内容によっては使用しないこともあります</small>
その他		

* 出前講座は質疑応答含め60分程度です。

* 業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。

* 希望場所の確保は申込者にて確保してください。

* ご要望や質問などありましたら、「その他」の欄にご記入ください。

* 申込から5日経過しても代表者へ連絡がない場合、お手数ですが当院までご連絡ください。