

特定医療法人新生病院 出前講座申込書

年 月 日

特定医療法人新生病院
出前講座担当者 宛

特定医療法人新生病院の出前講座を依頼したいので、下記のとおり申し込みます

ご連絡先	団体名			
	ふりがな 代表者			
	住所	〒		
	ふりがな 担当者			
	電話番号	()	-	
	Fax	()	-	
	E-mail	@		
希望日時	第1希望	年	月	日 () 時 分 ~
	第2希望	年	月	日 () 時 分 ~
場 所	会場名			
	所在地			
参加予定人数	人			
希望講座	第1希望	No.	講座名	
	第2希望	No.	講座名	
受講目的				
備 考				

※申込書は、希望日の2ヶ月前までに提出してください。

※日時等につきましては、ご希望をもとに担当講師のスケジュールを調整の上、連絡させていただきます。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。