

出張健康講座申込み

申込み団体名					
所在地	〒				
担当者	ふりがな				
	氏名				
	所属				
	TEL				
	FAX				
	E-mail	@			
希望日時	第1希望	平成	年	月	日 ()
			時	分	～ 時 分
	第2希望	平成	年	月	日 ()
			時	分	～ 時 分
※希望日がないようでしたら特に希望なしに○をつけて下さい	第3希望	平成	年	月	日 ()
			時	分	～ 時 分
	特に希望なし				
参加予定人数	約 名 ※おおよその参加予定人数を記載ください				
開催予定場所					
希望の内容					
その他					

※記載して頂いた情報は講座に関連することのみの使用とさせていただきます。

静岡医療センター TEL:055—975—2000(代)
 FAX:055—975—2725(代)
 E-mail:kyouiku@smc.hosp.go.jp