

## とちぎメディカルセンター 出前講座申込書

平成 年 月 日

とちぎメディカルセンター総合連携推進本部 宛

**FAX:0282-21-7198**

申込者(団体名):

代表者 氏 名:

住 所:

電話番号:

メー ル:

講 座	部 門	A. 医師部門 B. 看護部門 C. 検査・薬局・放射線・栄養・リハビリ部門 D. その他
	講 座 名	
日 時	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
場 所		
参加予定人数		
講座希望の理由		
その他		

- ①希望講座の部門は○でお困みください。
- ②出前講座は、質疑応答を含め60分程度です。
- ③希望場所の確保は、申込者にて確保してください。
- ④ご要望やご質問などがありましたら、「その他」の欄にご記入ください。
- ⑤申し込みから5日を過ぎても代表者へ連絡がない場合は、お手数ですが下記連絡先までご連絡ください。

**連絡先**

とちぎメディカルセンター総合連携推進本部

TEL:0282-22-2551(内線2951)

FAX:0282-21-7198