

とちぎメディカルセンター 出前講座申し込み書

年 月 日

とちぎメディカルセンター総合連携推進本部 宛て

FAX:0282-21-7198

申込者(団体名):

代表者 氏名:

住所:

電話番号:

Mail:

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○でお困み下さい。
- 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、申込者にて行って下さい。
- ④ご要望やご質問などがありましたら、「その他」の欄にご記入下さい。
- 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下さい。

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