

とちぎメディカルセンター 出前講座申込書

年 月 日

とちぎメディカルセンター 総合連携推進本部 宛

FAX : 0 2 8 2 - 2 5 - 1 1 3 7

申込者 (団体名):

代表者 氏 名:

住 所:

電話番号:

M a i l:

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○でお囲みください。
- ②出前講座は、質疑応答を含め60分程度です。
- ③開催場所の確保は、申込者にてお願いします。
- 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:0282-20-1281

FAX:0282-25-1137