

飯田市立病院 出前健康講座申込書

飯田市立病院 院長 様

令和 年 月 日

団体名
代表者住所
〃 氏名
担当者氏名
〃 電話番号
〃 携帯電話番号
〃 アドレス

以下のとおり出前健康講座を申し込みます。

講 座 名	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
希 望 日 時 ※第3希望までご記入ください	第1希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
講座会場	※分かりにくい会場の場合は、地図の添付をお願いします。(手書き可) 会場名： 所在地： (当日の連絡先または会場の電話番号：)	
駐車場の場所	駐車スペースを具体的に記入してください。	
設 備	プロジェクター、スクリーン、延長コードを準備していただけますか。 ☐ 準備可・ ☐ 準備不可(チェックしてください。)	
対 象 者	(年齢層 歳代)	
参加予定人数	名 (男性 名・女性 名)	
そ の 他	講座内容に関するご希望等ありましたらご記入ください。	

- ・開催希望日の2ヶ月前までに申し込みをお願いします。
- ・担当講師と日時を調整のうえ、担当者の方へご連絡いたします。(講師の業務の都合により希望日時に添えない場合もございますので、ご了承ください。)
- ・政治、営利、宗教、陳情、収益を目的とする団体は、ご容赦願います。
- ・Zoom 開催を希望の際には機器の貸し出しは出来ませんのでご注意ください。
- ・申込窓口：地域医療連携係 FAX 0265-21-1229 〒395-8502 飯田市八幡町438番地