

飯田市立病院 出前健康講座申込書

飯田市立病院 院長 様

以下の通り出前健康講座を申し込みます。

申し込み団体名			
代表者住所		代表者氏名	
担当者氏名		担当者電話番号	
担当者アドレス		担当者携帯番号	

希望講座名	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

希望日時	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

会場名		当日の連絡先 または 会場の電話番号	
会場住所	〒	プロジェクター スクリーン 延長コード の準備	☐ 準備可 ☐ 準備不可 ☐ 準備可 ☐ 準備不可 ☐ 準備可 ☐ 準備不可
講師の駐車場スペース (具体的に記入してください)			

担当者の電話が つながりやすい時間	曜日 時 ~ 時	講座前 打ち合わせの方法	☐ 対面の打ち合わせを希望 ☐ 電話の打ち合わせを希望
----------------------	-------------	-----------------	--

※対面での打ち合わせは対応できない場合があります。

対象者		年齢	歳代
参加予定人数	名 (男性 名 ・女性 名)		

講座に関するご要望 申し込んだ目的 等	
------------------------	--

- ・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。）
- ・zoomでの講座を希望される方は場所の記入欄に「 zoom 」と記入してください。（担当講師によっては対応していない場合があります。）
- ・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。
- ・開催希望日の2ヶ月前までに申し込みをお願いします。
- ・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

飯田市立病院 地域医療連携係 2024.9