

様式 2

「飛び出す！雲南病院講座」申込書

平成 年 月 日

雲南市立病院長 様

団体・グループ名等.....  
 代表者氏名.....  
 代表者住所 〒 -.....  
 連絡先（電話番号）.....  
 //（FAX番号）.....  
 担当者氏名（連絡先）.....

下記のとおり医療出前講座を申し込みます。

講座名	担当部署（者）
日時	平成 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
会場	電話番号（ ）
（所在地）	
参加対象者	*主たる構成員をお書きください。（例：女性グループなど）
参加予定人数	人
講座申込の理由	*今回希望された理由を簡単にお書きください。
備考	テーマの中で特に希望する内容などがありましたらお書きください。

（注）テーマ、担当者は「医療出前講座メニュー一覧表」をご参照ください。