

多可赤十字病院「講師派遣」実施申込書

太枠の記入をお願いいたします。

実施希望日時	第1希望: 年 月 日() : ~ : 第2希望: 年 月 日() : ~ : 第3希望: 年 月 日() : ~ :		
対象人数		対象者	
実施場所			
連絡先	住所: 〒 - TEL: E-mail: FAX: 担当者氏名:		
講習内容	講習 No と内容の詳細(希望等あれば)		

FAX または持参によりお申込みください。

送付先: 多可赤十字病院 医療社会事業課

住所 多可町中区岸上 280 TEL:0795-32-3810 FAX:0795-32-5277

担当者記入欄(病院で記入)

実施決定日時	令和 年 月 日() : ~ :
講師	
備考(準備物等)	

受付日: 令和 年 月 日

対応者 : _____