

年 月 日

## 出張健康講座申込書

医療法人研成会 諏訪湖畔病院  
院長 稲村 いづみ 様

住 所  
名 称  
代 表 者

印

下記のとおり健康講座への講師派遣を申し込みます。

1. 団体名 \_\_\_\_\_ ( 企業 ・ 地域団体 ・ その他 )

2. 参加人数 \_\_\_\_\_ 名

3. 希望日時

第1希望: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( ) \_\_\_\_\_時\_\_分 ~ \_\_\_\_\_時\_\_分

第2希望: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( ) \_\_\_\_\_時\_\_分 ~ \_\_\_\_\_時\_\_分

第3希望: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( ) \_\_\_\_\_時\_\_分 ~ \_\_\_\_\_時\_\_分

4. 希望講座番号 \_\_\_\_\_番 (別紙メニューよりお選びください)

5. 会場名 \_\_\_\_\_

6. 会場住所 \_\_\_\_\_

7. スライドの投影設備(プロジェクター等) \_\_\_\_\_ あり ・ なし

※配布資料は、必要に応じて申込者側で準備することとします。

8. 申し込み担当者

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

※取得した個人情報は「個人情報保護の基本方針」に従い、目的以外には使用いたしません。