

申込日： 年 月 日

出前講座申込書

広島赤十字・原爆病院地域医療連携課 あて

申込者 (住所)

(団体名)

(代表者名)

次のとおり「出前講座」を申し込みます。

講座等の名称及び開催目的	名称	
	開催目的	
希望講座	No.	講座名
講座の希望内容を具体的にご記入下さい		
希望日時 ※申し込みは、開催予定日の2ヶ月前までに申し込みください。	<第1希望> 年 月 日() 時 分～ 時 分	
	<第2希望> 年 月 日() 時 分～ 時 分	
会場	会場名	
	所在地	
	設備 パソコン・プロジェクター・スクリーン・設備なし (* 出前講座は、基本的にパワーポイントで行います)	
参加予定人数	人	
担当者連絡先	住所	
	氏名	
	電話番号	FAX
	E-mail	

※申し込み方法

FAXの場合、(082-504-7576)までFAXしてください。

電子メールの場合はE-mail: byousin@hiroshima-med.jrc.or.jpまでメール送信してください。

※ご不明な点がございましたら、お問合せください。

<お問い合わせ先>

広島赤十字・原爆病院
地域医療連携課

TEL: (082) 241-3111

FAX: (082) 504-7576