

FAX:0258-30-1630

令和 年 月 日

長岡中央総合病院「出前講座」申込票

長岡中央総合病院 地域連携支援部 行

団体名 _____
代表者名 _____
住所 _____
担当者 _____
連絡先電話番号 _____
E-mailアドレス _____
(担当者携帯電話番号) _____

※お寄せいただいた個人情報等は目的以外には一切使用しません。

以下の内容で出前講座を希望します。

希望講座名	番号	講座名
受講人数	概ね	名程度 (平均年齢 歳程度)
希望日時	第一希望	月 日() 午前・午後 : ~ :
	第二希望	月 日() 午前・午後 : ~ :
	第三希望	月 日() 午前・午後 : ~ :
受講会場	(当院から車での移動時間 約 分)	
受講目的		
会場の備品等	(ご用意いただけるものを○印) ※但し、全て使用するとは限りません *スクリーン *プロジェクター *パソコン *ホワイトボード *講師用マイク設備 *演台 *駐車場 *長机 *椅子 *その他() ※スクリーンは無くてもプロジェクター投影が可能な白壁等があれば可	
その他付記事項 (要望や予め伝えておきたい事項等があったらお書きください)		

- * 希望日時の1ヶ月前以上前にお申込みください。後日当院から返信させていただきます。
- * 講師の都合により講座内容や日時の希望に添えない場合があります。
一度お引き受けした場合でも直前に講座内容を変更させていただく場合もあります。
- * 講師派遣の費用は無料ですが、会場や天候により移動の際のタクシーや送迎をお願いする場合があります。
- * 講師により資料を使用する場合があります。受講人数により資料作成や費用負担をお願いする場合があります。
(移動や資料準備については事前に担当者様とご相談させていただきます。)

長岡中央総合病院 地域連携支援部
長岡市川崎町2041 電話0258-35-3700(代表)