

# 下伊那厚生病院 『地域講演会』 申込書

以下にご記入いただき、希望日の2ヶ月前までにお申し込みください。  
ご来院・お電話・FAXにて連絡をお待ちしています。

お申し込み日 平成 年 月 日 ( 曜日)

団体名		
代表者	氏名	様
ご連絡先	住所	〒
	電話番号	( ) -
	担当者氏名	
希望する講座名	講座番号	
	講座名	
開催目的	目的	
	参加対象者	
希望日時	第1希望	平成 年 月 日 ( 曜日)
	第2希望	平成 年 月 日 ( 曜日)
	第3希望	平成 年 月 日 ( 曜日)
実施会場	会場名	
	住所	
	電話	( ) -
参加予定人数	名	
備考	ご希望される事項等がございましたらご記入ください。	

《お問い合わせ・お申込み》

下伊那厚生病院 健康管理課 担当:今川、細田

TEL0265-48-8100 FAX0265-35-1182

〒399-3102 長野県下伊那郡高森町吉田481-13