

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1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 令和 年 月 日 (曜日)

団体名		
代表者	氏名	様
連絡先	住所	〒
	電話番号	() -
	FAX	- -
	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	令和 年 月 日 (曜日) 開始時間
	第2希望	令和 年 月 日 (曜日) 開始時間
	第3希望	令和 年 月 日 (曜日) 開始時間
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 月～金 8:30～17:00

下伊那厚生病院健康管理課担当者: 今川順子 細田 真

〒399-3102 長野県下伊那郡高森町吉田481-13

直通電話 0265-48-8100 FAX 0265-35-1512