

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 平成 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 寺島 和希

〒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