

『出張 健康教室』 依頼書 (初回連絡用紙)

平成 年 月 日

団体名	※ゴム印でも結構です。漢字の場合は、ふりがなをご記入ください。				
代表者名					
所在地	(〒 -)	TEL()	-	FAX()	-
希望日時	第1希望	月 日(曜日)	: ~ :	頃まで (約 時間)	
	第2希望	月 日(曜日)	: ~ :	頃まで (約 時間)	
	第3希望	月 日(曜日)	: ~ :	頃まで (約 時間)	
実施会場	(〒 -) TEL() - FAX() -				
所在地	会場部屋名() 予定人数 (男 名)(女 名) 合計 名				
希望講師	第1希望講師 : テーマ :				
希望テーマ (裏面参照)	第2希望講師 : テーマ :				
備考欄	(ご依頼の趣旨など)				
会場設備	<input type="checkbox"/> 会議室 <input type="checkbox"/> 和室(畳) <input type="checkbox"/> 広さ(間 × 間、 m ²) <input type="checkbox"/> 会議テーブル <input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> 屋外				
チェック	<input type="checkbox"/> 暗幕設備 <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> マイク設備 <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> 他()				
申込責任者	(〒 -) TEL() - FAX() -				
連絡先	市 町 村 ふりがな () お名前 携帯電話: - -				

※ 1. 後日に、正式依頼書を提出していただくことがあります。 2. 救急対応等により、急きょ講師変更の場合はご容赦願います。

お問い合わせ: 山形徳洲会病院 TEL 023-647-3434(代) 地域医療部 : 尾形・樋口

FAX 023-609-0220