

『出張 健康教室』依頼 (初回連絡用)

令和 年 月 日

- ※1 新型コロナウイルス等の感染予防・対策の実施をお願いします。
- ※2 開催当日に参加される方々のお名前や連絡先の把握をお願いします。
- ※3 後日、詳細(日時・講師・会場等)が決まりましたら、『講師派遣依頼書(書式不問)』と「参加のご案内」等を郵送願います。
- ※4 事前準備のため、実施会場の見学と打合せをさせていただきます。
- ※5 救急患者対応等により、急遽の講師変更になる場合にはご容赦願います。

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 所在地	(〒 - )	TEL( )	- FAX( ) -
	会場名( )		
	予定人数 (男性 名)、(女性 名)、 合計( )名、 主な年齢層( 歳前後)		
希望講師	第1希望講師 : テーマ :		
希望テーマ (表面参照)	第2希望講師 : テーマ :		
備考欄	(依頼の趣旨など)		
会場設備 チェック	<input type="checkbox"/> 体育館・講堂・会議室・ステージ有 ( m <sup>2</sup> )、 <input type="checkbox"/> 和室( 畳 )、 <input type="checkbox"/> 会議テーブル、 <input type="checkbox"/> イス、 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 調理室(実習台 台)、 <input type="checkbox"/> マイク設備、 <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"/> ホワイトボード(180cm幅)		
申込責任者	(〒 - ) TEL( ) - FAX( ) -		
連絡先	市 町 村  ふりがな ( ) お名前 携帯電話: - -		

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

**FAX 023-609-0220**