

地域医療・介護従事者出前講座 申込書

申込日 年 月 日

| 申込者に関する記入欄 | | | |
|------------|--|-------|--|
| 団体名 | | | |
| 代表者 | | 部署・役職 | |
| 担当者 | | 部署・役職 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| メール | | | |

| 講座内容に関する記入欄 | | | |
|-------------|-------|------------|-------|
| 開催年月日 | 年 月 日 | 開催時間 | : ~ : |
| 会場名 | | | |
| 住所 | 〒 | ※同上であれば省略可 | |
| 企画名称 | | | |
| 対象者 | | 予定人数 | |
| 希望講座名 | | | |
| 希望内容 | | | |

上記の必要事項に記入の上、メール・FAX・郵送にてお送りください。
ホームページおよびチラシの注意事項をよくご確認くださいませようお願い申し上げます。
申込者の個人情報、本講座の運営以外の目的で使用することはありません。

<お問い合わせ・お申し込み> 佐久医療センター人材育成推進室
住所 〒385-0051 長野県佐久市中込3400-28
TEL 0267-62-8181 / FAX 0267-88-7354
E-MAIL sakukouza@sakuhp.or.jp