希望日

JCHO四日市羽津医療センター認定看護師『出前講座』申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：059-331-0354

|  |  |
| --- | --- |
| お申し込み団体 | フリガナ |
| 担当者 | フリガナ |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号（連絡がつく番号） |
|  | FAX番号 |
|  | E-mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望講座 | 番号 | 内容 |
|  | 【第１希望】　　　月　　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分 |
| 【第２希望】　　　月　　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分 |
| 【第３希望】　　　月　　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分 |
| 会場名 | フリガナ |
| 会場所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：（　　　　）-（　　　　）-（　　　　） |
| 予定参加人数 | 　　　　　　　　　人 | 参加者の内訳（教師〇人、中学１年生〇人など） |
| その他希望があればご記入ください |