

国立病院機構豊橋医療センター出張講座申込書

令和 年 月 日

豊橋医療センター院長あて

豊橋医療センター出張講座を以下の通り申し込みます。

申し込み団体名	
申込み代表者氏名	ふりがな 氏名
申込者連絡先	住所 〒
	電話番号: FAX:
	メールアドレス:
希望講座名	
開催日時 第1希望	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
開催日時 第2希望	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
参加対象者	※差し支えなければ対象年齢や対象者の背景等を少し教えてください
参加予定人数	名 (最低10名以上)
駐車場の有無	有 無
以下、準備いただける でしょうか	パソコン 有 無 プロジェクター 有 無 スクリーン 有 無 ※ない場合は、持参してお伺いします。電源だけ借用させていただきます。
講座開催場所	会議室等をご準備ください

この申込書をメールまたはFAXにて以下まで送付ください

メール

314-nrdd@mail.hosp.go.jp

FAX

0532-62-3352

住所: 愛知県豊橋市飯村町字浜道上50 豊橋医療センター

問い合わせ先: 豊橋医療センター 看護部長室 副看護部長 TEL: 0532-62-0301