

徳島県立三好病院 出前講座申し込み書 受付番号()番

徳島県立三好病院 医学教育センター 行

申し込み日 令和 年 月 日

申し込み者	団体・グループ名	_____
	代表者氏名	_____
	住所	_____
	担当者の氏名	_____
	電話番号	_____
	携帯電話番号	_____
	メールアドレス	_____

以下のとおり生き生き講座を希望いたします

希望講座	番号()番	講座名()
参加予定者	概ね()人	平均年齢およそ()歳くらい
希望日時	第1希望	月 日 () 午前・午後 ~
	第2希望	月 日 () 午前・午後 ~
	第3希望	月 日 () 午前・午後 ~
場所	会場場所は ()	
	会場は <input type="checkbox"/> 印・フローア(下足・スリッパ) ・たたみ ・じゅうたん	
	実技講座の場合受講者は <input type="checkbox"/> 印 ・床に横になれます ・床に横になれません	
集合・受講の目的		
ご用意可能な会場の設備・備品・環境等(確認)	<input type="checkbox"/> 印 ・スクリーン ・プロジェクター ・パソコン ・マイク ・ホワイトボード(マグネット付き) ・講師用演台 ・講師用駐車場 ・長机 ・椅子	
ご要望があればお書き下さい		

*お申し込みは原則として希望日の2ヶ月前までにお願ひ致します

*会場の確保や準備は、申込者で準備していただく必要があります

*当院の講座の目的に反すると病院が判断した場合は講座を開催できない場合があります

【問い合わせ・お申し込み】

〒778-8503 徳島県三好市池田町シマ815-2

徳島県立三好病院 医学教育センター

電話 : 0883-72-1131 (代)

FAX : 0883-72-6910