

## 徳島県立三好病院 出前講座申し込み書

徳島県立三好病院 医学教育センター 行

申込日：令和 年 月 日

申込者	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 ( )	
イベントの目的		
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	会場名 ( )	
	住所 ( )	
	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	
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		

【問い合わせ・申し込み先】  
 徳島県立三好病院 医学教育センター  
 〒778-8503  
 徳島県三好市池田町シマ815-2  
 電話：0883-72-1131  
 FAX：0883-72-6910