

公立甲賀病院 出前講座申込書

平成 年 月 日

団体名	
申込担当者氏名	
申込担当者連絡先	— —
希望講座内容	
希望日時	平成 年 月 日 ()
第一希望	: ~ :
第二希望	平成 年 月 日 ()
	: ~ :
会場名	
会場所在地	(甲賀市 ・ 湖南市)
参加予定人数	約 名
対象者	
申込者で準備可能な機材に☑をお願いします。	<input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> プロジェクター
備考	

※会場は、甲賀市・湖南市内とし、申込者において確保してください。

※参加予定人数は 10 名以上でお願いします。

申込・お問合せ先 公立甲賀病院 がん相談支援センター
TEL・FAX：0748-65-1641（直通）