# 出前講座　申込書

# 姫路赤十字病院長 殿

以下のとおり申込します。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者 |  |
| 申込者住所 |  |
| 申込者  電話（携帯）番号 | ※必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください |
| 申込者E-mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加予定人数 | 人 | |
| 希 望 日 時 | 第１希望 | 年 月 日（ ） 時 分　～ 　　時 　　分 |
| 第２希望 | 年 月 日（ ） 時 分　～ 　　時 　　分 |
| 第３希望 | 年 月 日（ ） 時 分　～ 　　時 　　分 |
| 会 場 |  | |
| 参加者の年齢層 及び男女比 | （年齢層） 　歳～　 歳位 　（男女比）　 対 | |
| 集会の名称 及び開催目的 | 集会等の 名称 |  |
| 開催目的 |  |
| 当日質問  したいこと |  | |
| 備 考 |  | |

※FAX（079-296-4050）にてお申し込み下さい。

（当院から申込者様に後日ご連絡させていただきます。）

連絡先：姫路赤十字病院　総務課

TEL：079-294-2251　FAX：079-296-4050