

## 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<br>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<br>及び男女比 | (年齢層)      | 歳～      歳位      (男女比)      対         |
| 集会の名称及び<br>開催目的  | 集会等の<br>名称 |                                      |
|                  | 開催目的       |                                      |
| 当日質問<br>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