

「出張講演会・演者派遣」申込用紙

(申し込み日) 平成 年 月 日

団体・グループ名	
代 表 者 名	
団体グループの構成	
講演希望テーマ 希望理由	
開 催 日 時	第一希望：平成 年 月 日 () 時間 (: ~ :)
	第二希望：平成 年 月 日 () 時間 (: ~ :)
会 場	名称
	住所
	Tel
	Fax
参加予定人数	人
連絡先担当者	氏名
	Tel
	Fax
備 考：その他ご希望、ご質問等がございましたらご記入ください。	

※玉造病院記入欄

講 師 名	
演 題	
会 場 設 備	広さ () 床・畳・椅子・テーブル・スクリーン
準 備 機 材	PC・プロジェクター・マイク・

◎上記太枠にご記入のうえ、下記までお申し込みください。

JCHO 玉造病院 地域連携室

TEL (0852) 62-1591 FAX (0852) 62-1579