

(申込先) 〒520-0846 滋賀県大津市富士見台 16-1 滋賀病院 地域連携室
FAX 077-534-8419

No. _____

JCHO 滋賀病院 出張講座申込書

年 月 日

JCHO 滋賀病院長 宛

申込者 _____

団体名 _____

JCHO 滋賀病院出張講座を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

希望日時	第1希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
会場	会場名 所在地 (電話)	
参加予定者数	人	
希望講座	第1希望	No. _____ 講座名 _____
	第2希望	No. _____ 講座名 _____
連絡先 (申込者)	住所 〒	
	ふりがな 氏名	
	電話番号	FAX
備考	E-mail	
	(併せて開催される行事や、聞きたい内容等があればご記入ください)	

※申込書は、希望日の2か月前までに病院入口の地域連携室、または郵送かFAXでお申込みください。

※会場は大津市内とし、申込者において確保してください。

※業務の都合により、希望日時に沿えない場合もありますのでご了承ください。

※お申込み後1週間以内に連絡しますが、万が一連絡がない場合は、恐れ入りますが再度ご連絡をお願いいたします。