

泉大津急性期メディカルセンター 出張講座 申込書

年 月 日

希望日時	第1希望日	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2希望日	月 日 () 時 分 ~ 時 分
希望テーマ	第1希望日	講座番号 () テーマ名 _____
	第2希望日	講座番号 () テーマ名 _____
会場	会場名	
	所在地	〒
	電話	
参加予定者数	人 (15名以上でお願いいたします)	
連絡先 (担当の方)	住所	〒
	氏名	
	電話	
	FAX	
	E-mail	
備考		

[申し込み先] 泉大津急性期メディカルセンター 地域医療連携室

TEL 0725-58-8235 (直通) FAX 0725-58-8238

- 日時、応相談
- 講師料金・交通費 無料
- 和泉市・泉大津市内の開催場所
- 15名以上の団体、グループ（営利や勧誘などが目的の講演はお受けできません）