

那覇市立病院・出前講座申込書

独立行政法人那覇市立病院

病院長 宛

FAX 送信先・地域医療連携室

FAX : 098-886-5502

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

団体名： _____

代表者： _____

住所： _____

TEL： _____

＊お申し込みの際は、那覇市立病院・地域医療連携室まで FAX をお願いいたします。

講座名										
開催目的										
開催日時	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
開催場所										
対象者										
参加人数	人 _____ ＊予想人数でかまいません。									
担当者名	氏名： _____									
	所属部署： _____									
連絡先	電話番号： _____									
	メールアドレス： _____									
備考										

〔下記項目は、那覇市立病院が記載する事項です。空欄でお願いします。〕

決定開催日	年 _____ 月 _____ 日 _____ (_____)	実施可否	可 ・ 不可
	時 _____ 分 _____ ～ 時 _____ 分 _____	施設への連絡	未 ・ 済
講師名	部署： _____	講師調整	未 ・ 済
	氏名： _____	報告書提出	未 ・ 済
備考	☐ 公用車 (_____) ☐ 駐車場の有無 ☐ タクシーチケット ☐ パソコン ☐ プロジェクター ☐ スクリーン ☐ 延長コード ☐ レーザーポインタ		