

東海中央病院「出前講座」申込書

＜申込日＞ 平成 年 月 日

申込団体名 _____

代表者名 _____

団体の概要	
集会・会合等の名称	
連絡先	住 所
	担当者名
	電話番号
	FAX 番号
	Eメールアドレス
希望テーマ	
開催希望日時	
第1希望：	
第2希望：	
参加予定人数	
会場名	
会場所在地	
テーマを希望する理由	

＜申込先＞ 〒504-8601 岐阜県各務原市蘇原東島町4丁目6番地2

東海中央病院 メディカルサポートセンター（地域連携係）

TEL：058-382-3101（代）

FAX：058-382-9853