

東海中央病院「出前講座」申込書

＜申込日＞ 令和 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