

# 舞鶴医療センター 出張健康講座申込書

平成      年      月      日

舞鶴医療センター 院長 宛

申込者  
代表者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

団体名 \_\_\_\_\_

次の通り「出張健康講座」を申し込みます。

希望日時	<<第1希望>> 平成    年    月    日    曜日    時    分～    時    分
	<<第2希望>> 平成    年    月    日    曜日    時    分～    時    分
会場	①会場名 <span style="float: right;">駐車場(あり・なし)</span>
	②会場住所
	③会場の電話番号
希望講座	<<第1希望>> No                  講座名
	<<第2希望>> No                  講座名
参加予定人数	人 (10名以上でお願いします。)
実施方法	<input type="checkbox"/> 出張講座単独で実施
	<input type="checkbox"/> 他の会合と併せて実施 会合名
	会合開始時刻                  時    分
備考	

※申し込みいただけるのは、舞鶴市に在住・在勤・在学する10名以上の団体・グループです。

※会場は舞鶴市内とし、申込者において確保してください。

(ただし、遠距離の場合はご相談させていただく場合もございます。)

※業務の都合により、希望日時に添えない場合もございますので、ご了承ください。

**こちらを FAX0773-63-5332 (地域医療連携室) までご送信ください。**