

# 出前講座申込書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構  
仙台南病院長 宛

団体名  
代表者 住所  
氏名  
電話番号

次のとおり「出前講座」を申し込みます。

希望日時	第1希望 令和 年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分
	第2希望 令和 年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分
場所	〒
希望する テーマ	番 号 テーマ名
参加予定人数	人
集会等の名称 及び開催目的	集会等の名称
	開催目的
備考	