

令和 年 月 日

出前講演申込書

独立行政法人地域医療機能推進機構 りつりん病院 宛

団体名等

代表者

申込者

住所 (〒 -)

電話番号

FAX番号

E-mail

次のとおり、りつりん病院出前講座申し込みます。

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	
希望講演	
参加人数	
開催目的	
備 考	連絡担当者名 :

お問い合わせ先 : 独立行政法人地域医療機能推進機構

りつりん病院 地域医療連携室

TEL : 087-862-3227

FAX : 087-862-3253