

出前講座依頼書（市民用）

依頼日 年 月 日

チェックをつけてください。		<u>依頼機関・グループ代表者名</u>		
<input type="checkbox"/> 所属機関 (機関名)		<u>担当者名</u> 様		
<input type="checkbox"/> グループおよび団体名 (団体名)				
(講座) 参加人数	人程度	<u>連絡先</u> 電話番号 : FAX 番号 :		
依頼したい講座				
項目番号		講座名		
講座日程希望日時（例：〇月〇日〇時頃・〇月第2木曜〇時頃・〇月〇時頃・いつでも etc）				
第1希望		第2希望		第3希望
開催場所				
開催方法	チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> 対面・オンラインどちらでも可能			
依頼理由及び質問などをご記入ください。				

※以下は記入しないでください

上記 依頼をお受けしました。

（詳細については担当者から連絡させていただき、後日、決定日時等を再送信いたします。）

決定日時	開催場所

※依頼先：市立加西病院 地域医療室 TEL：0790-42-2200（代）

FAX：0790-42-5365（地域医療室直通）