**出前講座依頼書（医療機関、介護施設、事業者用）**

**依頼日　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **チェックをつけてください。** | | | | | | | **依頼機関・グループ代表者名**  **様**  **担当者名**  **様** | | | |
| **所属機関**  **（機関名　　　　　　　　　　　　　　　）**  **グループおよび団体名**  **（団体名　　　　　　　　　　　　　　　）**  **（講座）参加人数　　　　　　　　人程度** | | | | | | |
| **連絡先** | | | |
| **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：○月○日○時頃・○月第2 木曜○時頃・○月○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。**  **対面　　　　オンライン　　　　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）**