（別紙様式）

阿蘇医療センター「出前講座」開設申込書

令和　　年　　月　　日

阿蘇医療センター　院　長　様

申込者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　窓口ご担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　阿蘇医療センター「出前講座」の開設を希望したいので、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 開設希望日 | 　令和　　年　　月　　日 |
| 講座時間 | 　午後　　時　　分から　　　時　　分まで |
| 会場 | 建物の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　会場住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（わかる範囲で結構です）会場連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　（会場に電話がある場合） |
| 希望する講座の内容 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 参加人数 | 　　　　　人（およその数で結構です） |
| 実施方法 | 下のいずれかの“□”にチェック下さい。□　出前講座のみの実施□　他の会合と兼ねて実施　　※会合名：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| その他 |  |

【申し込みに関する問い合せ先】

〒869-2225

阿蘇市黒川1266

阿蘇医療センター　経営企画係

TEL　0967-34-0311

FAX　0967-34-2273