**紀南病院出前講座　申込書**

令和　　年　　月　　日

紀南病院組合立紀南病院

院長　加藤　弘幸　様

紀南病院出前講座を受講したいので、次のとおり申し込みをいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 団体の住所・連絡先 | 〒 |
| 希望日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 実施会場 |  |
| 会場住所 |  |
| 講座対象者 |  |
| 参加予定人数 |  |
| 希望講座番号  希望講座名 | （№　　） |
| 貴施設で準備可能な機材  （〇を記入してください） | （　）ノートパソコン　　（　）プロジェクター　　（　）スクリーン  （　）延長コード　　　　（　）資料の印刷 |
| 備考 | ※特に希望する内容など |
| 連絡担当者 | （氏名）  （TEL） |
| お申込・お問い合わせ先 | 紀南地域在宅医療介護連携支援センターあいくる  TEL：090-4082-0196　 FAX：05979-3-1301  Email：iryokaigo-icrew@kinan-hp-mie.jp  住所：三重県南牟婁郡御浜町阿田和4750（紀南病院内） |

※「講師依頼文書」「申込書」は、原本を郵送または、あいくる窓口（紀南病院 本館2階 地域連携室内）  
までご提出をお願いいたします。