

市立貝塚病院 出前講座依頼書

年 月 日

市立貝塚病院

_____様
(団体名) _____
(代表者名) _____

以下について同意します。(同意の場合はチェックしてください。)

- 営利、宗教、政治等を目的とした催しと一緒に実施しません。
- 上記のほか、当院出前講座の目的に反すると当院が判断した場合は、お断りする場合があります。

日時 _____年 _____月 _____日() _____時 _____分から _____時 _____分

場所 _____

対象者 _____

人数 _____

連絡先
住所 _____

氏名 _____

TEL _____

科目(題名) _____

概要(実施内容) _____

市立貝塚病院 地域医療連携室
FAX 番号 072-438-5511