

出前講座FAX申込用紙
FAX 029-282-7156

※送信表は不要です。

年 月 日

希望講座		No.	講座名：				
講演希望 日時	第1希望	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
	第2希望	年	月	日 ()	時	分	～ 時 分
講演場所							
講演を依頼する 主旨							
聴講対象者							
予定人数		名					
依頼者	依頼機関名						
	担当者名						
	電話						
	FAX						
	E-mail						
出前講座を何で 知りましたか？		☐ ホームページ ☐ リポート ☐ クチコミ ☐ その他 ()					
備考							

病院確認欄：☐プロジェクター ☐スクリーン ☐講師駐車場

※送付頂いた用紙は、個人情報保護の観点から講座終了後に速やかに破棄致します。

国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

〒319-1113 茨城県那珂郡東海村照沼825

電話：029-282-1151（月～金 8：30～17：15）

問い合わせ先：看護部長室