

FAX 026-295-1152

令和 年 月 日

長野市民病院 出前講座申込書

長野市民病院 地域医療連携室 気付
病院長 駒津 光久 行

団体名
代表者氏名
住所
担当者の氏名
電話番号
携帯番号
メールアドレス @

以下のとおり出前講座を希望いたします。

希望講座	講座No.	講座名
参加予定人数(10名以上)	概ね	人 (平均年齢おおよそ 歳くらい)
希望日時	第1希望	月 日 () 午前・午後 : ~ :
	第2希望	月 日 () 午前・午後 : ~ :
	第3希望	月 日 () 午前・午後 : ~ :
開催場所 (住所)	(○印) 会場は ・フローア (下足・スリッパ) ・畳 ・じゅうたん (実技講座の場合) 受講者は ・床に横になれます ・床に横になれません	
集会・受講の目的		
ご用意可能な会場の設備 ・備品・環境等	(○印) ・スクリーン ・プロジェクター ・パソコン ・マイク ・ホワイトボード (マグネット付き) ・講師用演台 ・講師用駐車場 ・長机 ・椅子 Zoom希望の有無 (○印) ・希望する ・希望しない ・未定	
ご要望があればお書き下さい		

・講師の業務の都合により希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。