様式第１号

**成羽病院出前講座申込書**

令和　　年　　月　　日

成羽病院院長　様

申込者　（住　所）

（団体名）

（代表者）

病院出前講座を開催したいので、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 令和　　年　　月　　日（　）　時　　分～　　時　　分 |
| 会　　場 | 会場名  所在地　高梁市  　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　） |
| 参加予定者数 | 人 |
| 希望講座 | No.　　　　　講座名 |
| 連絡先  （ご担当者） | 住所　〒 |
|  |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　FAX  E-mail |
| 備　　考 | （併せて開催される行事や、聞きたい内容等があればご記入ください） |

※申込書は、希望日の1ヶ月前までに提出してください。

※会場は高梁市内とし、申込者において確保してください。

（以下には記入しないでください。）

○受 付 日　令和　　年　　月　　日

○受付方法　郵送　持参　FAX　その他（　　　　）

（提出先）〒716-0111　高梁市成羽町下原301成羽病院　事務局

電話0866-42-3111　FAX 0866-42-2970　E-mail [byouinjimu@city.takahashi.lg.jp](mailto:byouinjimu@city.takahashi.lg.jp)