

出前講座申込書

フリガナ			
貴社・団体名			
フリガナ			
代表者名			
住所	〒 -		
電話番号	- -	日中連絡先	- -
参加予定人数	おおよその年齢層 (歳くらい)		
希望テーマ	<input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し (おまかせ) <input type="checkbox"/> 介護について <input type="checkbox"/> 医療について <input type="checkbox"/> 在宅サービスについて <input type="checkbox"/> リハビリについて <input type="checkbox"/> 栄養指導について		
希望会場・施設名	<input type="checkbox"/> 南東北春日リハビリテーション病院 5階会議室		
	<input type="checkbox"/> その他 会場名 () 施設名 ()		
第1希望日時	年	月	日 () 時 分 ~ 時 分
第2希望日時	年	月	日 () 時 分 ~ 時 分
第3希望日時	年	月	日 () 時 分 ~ 時 分
備考			

必要事項を記入の上、FAXにてお送りください。
 少人数での申し込みもできます。

ご不明な点などありましたら、お気軽にご連絡ください。

-お問い合わせ先-

南東北春日リハビリテーション病院
 TEL0248-63-7299
 FAX0248-63-7265
 事務部 藤田