**国立病院機構金沢医療センター健康まなぶ出前講座申込書**

令和　　年　　月　　日

金沢医療センター院長　あて

申込者 （団体名）

（代表者氏名）

金沢医療センター健康まなぶ出前講座を以下のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日時 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 第３希望 | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 希望講座 | 講座No.  講座名 | |
| 会　場 | 会場名  所在地  電話 | |
|  | 用意可能な機器に○をつけてください。  　パソコン　　プロジェクター　　スクリーン　　マイク | |
| 参加予定人数 | 人 | |
| 対象  (年齢層など) |  | |
| 連絡先  （ご担当者） | 氏名 | |
| 住所　〒 | |
| 電話番号  FAX  E-mail | |
| 備　　考 | （併せて開催される行事や希望等ありましたらご記入ください） | |

※申込書は、原則希望日の２ヶ月前までに送付ください。

※会場は申込者において確保してください。会場にかかる経費等は申込者負担となります。

※診療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。

※営利、宗教、政治等を目的とした催しや出前講座の目的に反すると病院が判断した場合は

お断りします。

この申込書をメールまたはFAXにて以下まで送付ください。

送付先　　メール　[302-info@mail.hosp.go.jp](mailto:302-info@mail.hosp.go.jp)

　　　　　　 FAX 076-222-2758