

(様式第1号) 柏市立柏病院地域講座申込書

次のとおり柏市立柏病院地域講座を申込みます。

申込日			
申込者	団体名	名称	
		代表者氏名	
		住所	
	担当者	郵便番号	
		住所	
		氏名	
		電話	
		FAX	
		メールアドレス	
講座 (講座一覧から選択してください)	第1希望	講座No. 講座名	
	第2希望	講座No. 講座名	
日時	第1希望	年月日	
		開始時刻	
		終了時刻	
	第2希望	年月日	
		開始時刻	
		終了時刻	
会場 (申込者が用意してください)	名称		
	住所		
	電話		
参加予定者数			人
受講目的・理由			
※該当する口欄に「✓」を入れてください。		<input type="checkbox"/>	地域講座のみ実施
		<input type="checkbox"/>	地域講座を含んだ集会等として実施

【注意事項】

- 1 必要事項を御記入の上、希望日の1ヶ月前までに直接、郵送、FAX又はメールでお申し込みください。
- 2 営利、宗教、政治活動を目的とする場合は実施できません。
- 3 お申し込み後、担当者から連絡をして打ち合わせを行います。
- 4 当院の都合や地域講座の申込み状況等により、御希望に添えない場合があります。
- 5 御不明な点がありましたら、お問合わせ先に御連絡ください。

【お問合わせ】

柏市立柏病院 総合相談・地域医療支援センター

・住所 〒277-0825 柏市布施1-3

・電話 04-7134-2000(代表)

・FAX 04-7134-2001

・メール chiikiiryoshien-center@kashiwacity-hp.or.jp