

(記入例)

受付No.

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 出前講座申込書

平成 26 年 10 月 22 日

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

病院長 宛

FAX:098-888-6400

申込者(団体名) 南風原の会

代表者 氏名: 沖縄 太郎

住所: 南風原町字新川118番地の1

電話番号: 098-123-4567

Mail:

講座	部門	A. 医師部門 B. 看護部門 C. 検査・薬局・放射線・栄養・リハビリ部門
	講座No.	14-3
	講座名	腰痛について
日時	第1希望	12月22日 17時～
	第2希望	12月23日 18時～
	第3希望	1月20日 17時～
場所	南風原町中央公民館〇〇室	
参加予定 人数	15名	
講座希望の 理由	腰痛とのかかわり方、腰手術後のリハビリなどについて知りたい	
その他		

- * 希望講座の部門は○でお囲みください
- * 出前講座は質疑応答含め60分程度です
- * 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
- * 希望場所の確保は申込者にて確保してください
- * ご要望や質問などありましたら、「その他」の欄にご記入ください
- * 申込から5日経過しても代表者へ連絡がない場合、お手数ですが当院まで連絡ください