

磐井病院どこでも医療講座申込書

団体・組織名			
代表者氏名(ご担当者)			
連絡先住所			
連絡先電話番号等	電話 ()	FAX ()	

○講演についてのご希望内容

日	時	第1希望	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
		第2希望	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
		第3希望	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
会場名			
会場住所			
スクリーン		あり ・ なし ※どちらかに○を記入願います	
プロジェクター		あり ・ なし ※どちらかに○を記入願います	
PowerPointを使用可能なパソコン		あり ・ なし ※どちらかに○を記入願います	
ご希望の演題の数		1題 ・ 2題 ※どちらかに○を記入願います	
ご希望の演題		第1希望	演題番号：
		第2希望	演題番号：
参加予定人員		名程度 (年齢： ~ 歳代)	
連絡事項等			

※講演日時の確定後に、「受付確認書」を送付させていただきます。
 ※複数回のお申し込みの場合は、それぞれの開催につき申込書を1枚お送りください。

お気軽にお問い合わせください。

○お申し込み・お問い合わせ先○
 岩手県立磐井病院 地域医療福祉連携室
 電話：0191-23-3452
 FAX：0191-21-3990
 メール：iwaihp_chiren@yahoo.co.jp

