受付№

出 前 講 座 申 込 書

年　　 月　 日

焼津市立総合病院長 様

団体・ｸﾞﾙｰﾌﾟ名

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

連絡先住所

連絡先氏名

連絡先電話番号

つぎのとおり「出前講座」を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望講座名 | 講座番号 |  | 番 |  | 講座名 |  |
| 参加予定人数 |  | 人 |  |
| 希望日時 | 第1希望 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ( ) |  | 時 |  | 分 | ~ |  | 時 |  | 分 |
| 第２希望 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ( ) |  | 時 |  | 分 | ~ |  | 時 |  | 分 |
| 第３希望 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ( ) |  | 時 |  | 分 | ~ |  | 時 |  | 分 |
| 会　　場 |  | (所在地) |  |
| 参加者の年齢層及び男女比 | 年齢層 |  | 歳 | ～ |  | 歳くらい |  | (男女比） |  | 対 |  |
| 集会等の名称及び開催目的 | 集会等の名称 |  |
| 開催目的 | 集会参加者の参加費用 ＜ 無料 ・ 有料（　　　　　円）＞ |
| 摘　　要 |  |

注１:会場は、原則として志太榛原地域内とします。ただし、病院長が特別の理由を認めた場合は、この地域以外の会場でも可能です。

注２:会場の確保と使用料の負担及び講座開催の準備等は、講座の申込みグループ等で行っていただきます。

注３：勤務の都合により、希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

注４：政治、宗教又は、営利を目的とした会合での講座は開催できません。

提出先　〒425-8505　焼津市道原1000番地　焼津市立総合病院 病院総務課　管理担当

☎　054-623-3111（代表）　FAX　054-624-9103　Mail kanri@hospital.yaizu.shizuoka.jp