

「飛び出す！西城市民病院グループ出前講座」申込書

平成 年 月 日

庄原市立西城市民病院長 様

団体名 _____

住 所 _____

代表者 氏 名 _____

電 話 _____

「飛び出す！西城市民病院グループ出前講座」を次のとおり申し込みます。

希望メニュー名			
日 時	第1希望	月 日()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	月 日()	時 分 ~ 時 分
会 場	会場名		
	所在地		
	電 話		
参加予定人数	人		
打合せ連絡者	氏 名		電 話
備 考			

整理No. _____

「飛び出す！西城市民病院グループ出前講座」報告書

平成 年 月 日

庄原市立西城市民病院長 様

団体名 _____

住 所 _____

代表者 氏 名 _____

電 話 _____

「飛び出す！西城市民病院グループ出前講座」を次のとおり実施しましたので、報告します。

メニュー名	
実施日時	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分
事業名	
実施会場名	
参加者人数	人
実施状況 及び感想	

整理No. _____