

# 「飛び出す！西城市民病院グループ出前講座」申込書

令和 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. \_\_\_\_\_