旭川赤十字病院「出前講座」申込書

申込書記入日　　年　月　日

施設名称：			
連絡先	住所：〒		
	職位・職名：	氏名(ふりがな)：	
	電話：	FAX：	E-mail：

※申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、出前講座のために使用させていただくものであり、その他の用途に使用することはありません。
※E-mail アドレスは連絡用に必要となります。必ずご記入下さいますようお願いいたします。

出前講座の希望内容	開催希望日時	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	
	開催会場名			
	会場住所	〒		
	番号・講座名	No.		
参加予定人数		名	参加者の内訳	（例：看護師 30 名、介護士 10 など）
設備の有無 ☑ を記入ください		□ノートパソコン　□プロジェクター　□スクリーン　□ポインター □マイク　□資料印刷可能　その他（　　）		

旭川赤十字病院「出前講座」決定通知書

ご依頼いただきました出前講座は、下記の通り決定しましたのでお知らせいたします。

年　月　日

決定事項	番号・講座名	No.		
	開催日時	年　月　日（　）　時　分 ～　時　分		
	職位・職名		講師氏名（ふりがな）	
	講師連絡先	部署： E-mail：	電話：0166-22-8111（代表）	

・院長宛に講師依頼文書（招聘状）の郵送をお願いいたします。
・以後、担当講師からご連絡させていただきますので、打ち合わせをお願いいたします。
・ご不明な点がございましたら下記の連絡先までお問合わせください。

【連絡先】旭川赤十字病院　教育研修センター
〒070-8530　旭川市曙1条1丁目1番1号
TEL：0166-22-8111(1420・1421)　FAX：0166-22-7622