高山赤十字病院

FAX番号：０５７７―３４－４１５５

看護師・助産師による出前講座依頼書

申し込み日：令和　　年　　月　　日

１．申込者の情報

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メール |  |
| 連絡が付きやすい方法　　□電話　　□メール | |

２．内容

|  |  |
| --- | --- |
| 希望月 | ※勤務調整があるため希望する月を記載ください。  日時については、申し込み後の調整となります。  ※２か月前を目途に申し込みをお願いします。 |
| 希望内容 |  |
| 会場名 |  |
| 会場場所 | 〒 |
| 参加予定数 | ※５名以上 |

【問い合わせ先】

高山赤十字病院　看護部

電話：0577-32-1111