

高山赤十字病院
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 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 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