

出前健康講座申込書

パンフレットテーマ一覧からご希望の演題をお選びいただき、下記に必要事項をご記入のうえ、FAX
または郵送でお送りください。ホームページからも申込書をお取りいただけます。申込みは開催希望
日の1ヵ月前までにお願います。

コロナの影響で開催が急遽延期または中止になる場合もありますのでご了承ください。

申込日 年 月 日

団体名					
ご担当者 (お申込者)	お名前：		FAX 番号：		
	電話番号：				
	メールアドレス：				
希望日時 (平日の16時まで)	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
会場	施設名：				
	住所：				
	プロジェクター、スクリーンが会場にありますか。 □ある・□ない (チェックして下さい)				
参加者	□一般 □学生 □医療・介護資格者 □その他				人数 約_____人
希望テーマ	パンフレットの希望一覧からお選び下さい (複数可)				
	番号：	番	テーマ：		
	番号：	番	テーマ：		
	番号：	番	テーマ：		
その他	講座内容に関するご希望等がありましたらご記入ください。				

- ・奥州市内に拠点をおく団体またはグループで概ね10名程度の参加が見込まれる会で開催します。
- ・感染防止のため三密を避け、マスク着用で換気などの対策をおこないます。
- ・担当講師と日時を調整のうえ、担当の方へご連絡いたします。
(講師の都合により希望日時に添えない場合もございますので、ご了承ください)

奥州市総合水沢病院 医療連携室
住所：〒023-0053
奥州市水沢大手町三丁目1番地
TEL：25-3833 (代表) FAX：25-4012