

年 月 日

寺岡記念病院 地域公開講座申込書



社会医療法人社団陽正会

寺岡記念病院 地域医療連携室 宛

FAX番号 0847-40-3657

申込学区 _____

代表者氏名 _____

電話番号 _____

寺岡記念病院 地域公開講座を受講したいので下記の通り申込みます。

講座名			
参加予定人数			
希望日時	第1希望	月 日	時 ~ 時
	第2希望	月 日	時 ~ 時
	第3希望	月 日	時 ~ 時
場所			
備考			

以上