

地域医療魚沼学校講座受講申込書

年 月 日

地域医療魚沼学校長 様

(団体名)
 (代表者) 住 所
 氏 名
 電話番号

下記のとおり講座を受講したいので申し込みます。

記

希望する講座		
希望する講師の職種	医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、その他 ()	
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
場 所		
受講人数	人	
集会等の名称・目的	名 称	
	目 的	
備 考	(受講にあたって特別の要望等がある場合は記入してください。)	

(注意)

- 1 概ね10人以上の団体を対象としています。
- 2 講師の関係上、日時等でご要望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- 3 希望する講座名を記入してください。ほかにも対応できる場合がありますので講座の内容について記入してください。
- 4 特定の政党や宗教、営利を目的とした催し等は、ご遠慮ください。
- 5 講座の受講に係る施設の利用については、申込者の責任において行ってください。
- 6 講座の開会、閉会など全体的な進行は申込者において行ってください。