大崎市民病院　患者サポートセンター地域医療連携室

別紙2

看護師出前講座担当　宛

大崎市民病院看護師出前講座申込書

申込日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者に関する記入欄 | | | | |
| 団体名 |  | | | |
| 団体代表者名 |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 担当者名 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 講座内容に関する記入欄 | | | | |
| 希望分野 |  | | 希望講座 |  |
| 内容 |  | | | |
| 開催希望日時 | 第1希望 | 年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　　～　　　　： | | |
| 第2希望 | 年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　　～　　　　： | | |
| 第3希望 | 年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　　～　　　　： | | |
| 開催場所 | 施設（　　　　　　　　　　　　　　）　　・　　Zoom | | | |
| 会場設備 | スクリーン　（有・無・借用希望）　　プロジェクター（有・無・借用希望）  パソコン（有・無・借用希望）　　マイク（有・無）　　机（有・無）　　　駐車場（有・無）  インターネット環境設備（可・不可）　DVD視聴（可・不可） | | | |
| 参加予定人数 |  | | | |
| 参加者職種 |  | | | |
| その他 |  | | | |

上記に必要事項を記入の上，FAX，メール，郵送のいずれかでお送りください。

ホームページ内容をよくご確認いただきますようお願いします。

スクリーン，プロジェクター，パソコンは当院より貸出可能です。

申込者の個人情報は，本講座の運営以外の目的で使用することはありません。

【問い合わせ　申込み先】

大崎市民病院　患者サポートセンター地域医療連携室

　出前講座担当　綱田　友江

〒989-6183　宮城県大崎市古川穂波3-8-1

FAX　0229-24-3005　　TEL　0229-23-3311（内線6669） 　e-mail：　renkei-och@h-osaki.jp