2024.01.25

　FAX：048-280-2525 　　　　　　TEL：048-287-2525 （看護部内線2286　日下PHS 1501）

　　　　　　　　　　　　（西暦） 　　年　　月　　日

**川口市立医療センター　出張勉強会　申込書**

川口市立医療センター

専門・認定看護師 出張勉強会　　担当　看護部 日下　行

貴施設名：

代表者様名：

以下のとおり出張勉強会を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 講座名 |  |
| 希望講座内容 | ご希望の講義内容  別紙講座以外の内容のご希望がございましたら、ご記入ください |
| 受講者の職種等 |  |
| 参加予定者数 | 名 程度 |
| 希望日時 | 第１希望 　　月　　日（　　）午前・午後　　　：　 ～　 ： |
| 第２希望 　　月　　日（　　）午前・午後　　　：　 ～　 ： |
| 第３希望 　　月　　日（　　）午前・午後　　　：　 ～　 ： |
| 実施予定会場 | 会場名(施設名)：  住　所： |
| ご要望があれば  ご記入ください |  |
| ご連絡先 | ご担当者様氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号  メールアドレス等 |