

(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