

団体名 _____

令和 ____年 ____月 ____日

ご担当 _____ 様



医療社会事業部 地域連携課 行き

〒399-3303

長野県下伊那郡松川町元大島 3159-1

TEL 0265-36-5566

出前講座への講師派遣申込書

※ 希望される項目の□に **レ**印をして下さい

	医師名	講演テーマ		指導員	<input type="checkbox"/> 救急法
	<input type="checkbox"/> 医療講演				<input type="checkbox"/> 講習会
<input type="checkbox"/> 幼児安全法					
<input type="checkbox"/> 講習会			<input type="checkbox"/> 講習会	<input type="checkbox"/> 訪問看護	
				<input type="checkbox"/> 皮膚排泄ケア	
				<input type="checkbox"/> 感染管理	
				<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害	
				<input type="checkbox"/> 認知症看護	
				<input type="checkbox"/> その他	

 日時・参加人数

	日付	曜日	時間	参加人数	備考
第一希望					
第二希望					
第三希望					

その他…ご要望などございましたらご記入下さい

○ 申し訳ございませんが、日程調整に1週間～10日ほど頂きます。

日時が決まりましたらお電話いたしますので、日中ご連絡のつく電話番号をご記入下さい。

⇒