**0740-20-9006**

**出前講座の実施をご希望される場合は、下記の申込書にご記入いた**

**だき、そのままFAXをお送りください。**

**高島市医師会 在宅療養支援センター 行**

**FAX番号**

**出前講座申込書**

**（※送付票は不要です。）**

**申込日：令和　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **地区・　団体名** |  | | **代表者名** |  |
| **連絡先** | **電話**  **番号** |  | **住　所** |  |
| **開　催**  **希望日時** | **日時：　　　年　　 月　　　日（　）　　時　 分 ～　　時　 分**  **会場：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **参加人数: 約　　　　名**  **※日程や時間帯は、ご相談させていただきます。** | | | |
| **希望される内容、**  **ご要望等** |  | | | |

**ありがとうございました。折り返しご連絡させていただきます。**