

星総合病院「どこでも健康教室」受講申込書

星総合病院長行

令和 年 月 日

希望テーマ	No		時間及び 料金	時間 60分・90分・120分
日時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分		料金	円
会場	会場名		支払方法	現金 福島銀行振込 (どちらかに○を) ※請求書 要・不要
	住所	電話 ()		
団体名			参加予定者数	人
連絡担当者	電話 ()		参加対象者	
備考	講義内容のご希望などがあればお書きください			

上記の通り星総合病院「どこでも健康教室」を申し込みます。

申請者氏名
(代表者)
住所

印

電話 ()