

(公財) 星総合病院「どこでもメディカルセミナー」開催申込書

作成日 令和 年 月 日

メールに添付

アドレス zaitaku2@hoshipital.jp (公財) 星総合病院 法人在宅事業部 宛

希望 テーマ	No.		希望時間 <input checked="" type="checkbox"/> をつけて ください	<input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 40分 <input type="checkbox"/> 50分 <input checked="" type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> その他
希望 開催日	① 令和 年 月 日 ()		希望 開始時間	時 分 開始
	② 令和 年 月 日 ()		支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (当日領収書を持参します) <input type="checkbox"/> 福島銀行振込み (請求書を送付または持参)
③ _____ 頃		研修 会場		
	会場名		参加する 主な職種	
	会場住所	<input type="checkbox"/> オンライン希望		
	電話(あれば)	()		
連絡 担当者	(下記申請者と同様であれば記入不要) ※昼間の時間帯に詳細な打ち合わせをさせていただきます。 氏名 電話 () メールアドレス			
セミナー の 内容	* 希望・要望をご記入ください。			
備考	* セミナー時の写真を撮影することがあります。写真を当院ホームページや SNS への掲載を することがあります。 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 * 機材の貸出希望がある場合 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> パソコン・ <input type="checkbox"/> プロジェクター・ <input type="checkbox"/> スクリーン・ <input type="checkbox"/> ()			

上記の通り (公財) 星総合病院「どこでもメディカルセミナー」を申し込みます。

住 所 〒
施 設 名

(役職名)
申請者氏名

印

電 話 番 号 ()
メー ル ア ド レ ス

受理年月日	/ /	整理番号	
-------	-----	------	--