星総合病院「どこでも健康教室」受講申込書

星総合病院　教育研修センター行

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（いずれかに〇を） |
| 日時 | 令和　年　　月　　日　　時　　分～　時　　分 | 料金 | 　　　　　　　円 |
| 会場 | 会場名 |  | 支払方法 | 当日現金・福島銀行振込（どちらかに〇を） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　） |
| 団体名 |  | 資料を希望されますか（資料をお渡しできない場合もあります） | する・しない（どちらかに〇を） |
| 参加予定者数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人　 | パソコンの用意はありますか | ある・ない（どちらかに〇を） |
| 参加対象者 |  | プロジェクターの用意はありますか | ある・ない（どちらかに〇を） |
| 連絡担当者 | 電話　　（　　） | スクリーンの用意はありますか | ある・ない（どちらかに〇を） |
| 連絡可能なメールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | パソコンがある場合、セキュリティ面においてUSBを差しても問題ないでしょうか | できる・できない（どちらかに〇を） |
| 備考 |  |

　　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　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　（　　　）