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　　　　　　　　　　（　　　）