公立松任石川中央病院　**出前ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ申込書**

申込記入日　令和　　年　　月　　日

施設名	
申込担当者	
申込担当者連絡先	TEL　（　　）　　－ メールアドレス
ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ開催希望日	令和　　年　　月　　日　（　　） 時　　分　～　　時　　分
会場名	
会場住所	
参加人数	名
対象 例）介護職員 50～60歳代など	
希望講師	
相談内容	

※　ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ開催希望日の30日前までに申し込み用紙でご連絡ください
※　対応時間は土日祝を除く　午前9時から午後4時までです
※　申し込み用紙は郵送またはFAXでお願いいたします
※　参加人数はだいたいの予定人数で構いません
※　何かご不明な点がありましたら下記までご連絡ください

お問い合わせ：公立松任石川中央病院　　地域支援部医療連携課　根本
看護部　井関
TEL：（076）275-2222　FAX：（076）274-5980