

公立松任石川中央病院 **出前コンサルティング申込書**

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 ( ) -<br>メールアドレス      |
| コンサルティング<br>開催希望日         | 令和 年 月 日 ( )<br>時 分 ~ 時 分 |
| 会場名                       |                           |
| 会場住所                      |                           |
| 参加人数                      | 名                         |
| 対象<br>例)介護職員<br>50～60歳代など |                           |
| 希望講師                      |                           |
| 相談内容                      |                           |

- ※ コンサルティング開催希望日の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  
地域支援部医療連携課、看護部（コンサル担当者）看護部 井関  
TEL：（076）275-2222 FAX：（076）274-5980 274-5980