

FAX 0877-46-2377

年 月 日

## 坂出市立病院 出前講座依頼書

坂出市立病院 看護管理室 気付

団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

担当者の氏名

電話番号 ( )

携帯電話番号 ( )

連絡の都合の良い時間帯 ( )

以下のとおり出前講座を希望いたします。

希望講座	分野名	講座内容
団体名 いずれかに○して下さい	・一般市民 ・医療機関 ・介護施設 ・事業者 ・学校関係	
参加予定人数	概ね	人 (平均年齢およそ 歳位)
希望日時	第1希望	月 日 ( )午前・午後 : ~ :
	第2希望	月 日 ( )午前・午後 : ~ :
	第3希望	月 日 ( )午前・午後 : ~ :
場 所	(○印) 会場は、・フロアー (下足・スリッパ) ・畳 ・じゅうたん (実技講座の場合)受講生は、・床に横になれます ・床に横になれません	
集会・受講の目的		
ご用意可能な会場の 設備・備品・環境等(確認)	(○印) ・スクリーン ・プロジェクトー ・パソコン ・マイク ・ホワイトボード(マグネットつき) ・講師用演台 講師用駐車場 ・長机 ・椅子	
ご要望があれば お書きください		

・講師の業務の都合により希望日時に添えない場合もありますので、ご了承下さい。  
・詳細については、担当者から連絡させていただきます。