

出張いきいき健康塾申込用紙

1 申込者連絡先

| | | |
|-------|--|-----|
| 団体名 | | |
| 担当者 | | TEL |
| 担当者住所 | | |

2 会場

| | | |
|------|--|-----|
| 講演会場 | | TEL |
| 会場住所 | | |

3 講演日時

| | | | | | | |
|------|---|---|---|-----|----|----|
| 第1希望 | 年 | 月 | 日 | () | 午後 | 時～ |
| 第2希望 | 年 | 月 | 日 | () | 午後 | 時～ |

4 希望する講演テーマ

| | |
|-----|--|
| 講座名 | |
|-----|--|

5 聴講者

| | |
|--------|--|
| 参加予定人数 | |
|--------|--|

地方独立行政法人埼玉県立病院機構
埼玉県立循環器・呼吸器病センター
TEL 048-536-9900
FAX 048-536-9921
患者サポートセンター 地域連携担当