

FAX 送信先 0852-24-7661  
松江医療センター 地域医療連携室 宛

松江医療センター 出前講座申込書

申込日: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 1. 申込者情報

団体名: \_\_\_\_\_

代表者氏名: \_\_\_\_\_

連絡担当者氏名: \_\_\_\_\_

連絡先電話番号: \_\_\_\_\_

連絡先 FAX 番号: \_\_\_\_\_

E メールアドレス: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

### 2. 希望講座内容

希望テーマ (具体的に): \_\_\_\_\_

対象者:  一般市民  高齢者  介護従事者  その他 (\_\_\_\_\_)

予定参加人数: 約\_\_\_\_\_名

### 3. 希望講師 (複数選択可)

- 医師  薬剤師  看護師  理学療法士  作業療法士  言語聴覚士  
 栄養士  児童指導員  放射線技師  検査技師  医療ソーシャルワーカー  
 事務職員  その他 (\_\_\_\_\_)

※特に希望がない場合は、テーマに適した職員を派遣いたします。

### 4. 開催希望日時

第一希望: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分 ~ \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分

第二希望: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分 ~ \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分

第三希望: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分 ~ \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分

FAX 送信先 0852-24-7661

松江医療センター 地域医療連携室 宛

## 5. 開催場所

会場名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

最寄り駅/バス停: \_\_\_\_\_

駐車場の有無:  有  無

## 6. 設備・準備物

会場に備わっている設備（複数選択可）:

プロジェクター  スクリーン  マイク  ホワイトボード

パソコン（Microsoft Power Point）  その他（\_\_\_\_\_）

病院側で準備が必要なもの:

\_\_\_\_\_

## 7. その他

質疑応答の時間:  希望する（約\_\_\_\_分）  希望しない

配布資料:  必要  不要

その他要望や備考:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 【注意事項】

1. 本出前講座は無料で実施いたします。
2. 申込書受理後、内容を確認の上、担当者よりご連絡いたします。
3. 会場の手配・設営は申込者側でお願いいたします。
4. キャンセルの場合は、開催日の1週間前までにご連絡ください。

様式作成者：松江医療センター 地域医療連携室

(2024年9月作成)