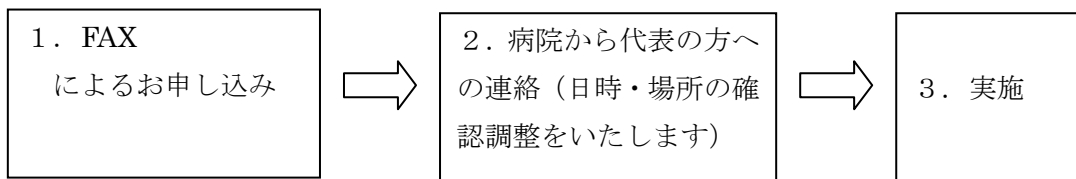


●お申し込みから実施までの流れ



●FAXによるお申し込み：この用紙に必要事項を記入し、下記 FAX 番号まで送信してください

●個人情報の取り扱いについて：お送りいただきました内容は村山医療センター個人情報保護方針に則り厳重に管理いたします

国立病院機構 村山医療センター看護部主催 出張講座

申し込み必要事項 ※1講座につき1枚でお申し込みください。

講座名		
2. 日時	[第1希望] 平成 年 月 日 (曜) 午前・午後 時 分～ 時 分 [第2希望] 平成 年 月 日 (曜) 午前・午後 時 分～ 時 分	
3. 場所	[会場名・建物名] [住所]	
4. 受講される方について	予定受講者数	名
	代表者の氏名	(ふりがな)
	代表者の電話番号	()
	当院から連絡可能な時間帯	*午前・午後 時 ～ 午前・午後 時
5. 実施にあたってのご要望など		

FAX 送信先 042-564-2210