

一般社団法人 都城市北諸県郡医師会事務局  
在宅医療・介護連携相談支援センター  
送付先  FAX:0986-25-5730

## 出前講座申込書



※講座名・日時・地区名は該当するものに大きく○をつけてください。

希望日時はご要望に沿えない場合がございます。

電話番号は日中連絡がつく番号をご記入ください。

詳細はFAX送信後、折り返しこちらからご連絡いたします。

フリガナ		
申込者 氏名		
TEL	( ) -	
講座名	1. 在宅療養講座 ・ 2. エンディングノート講座 ～想いを紡ぎ心を繋ぐノート～	
講演日時	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 午前 (10時以降～) 午後 (~16時まで)	
参加予定 人数	人	
場 所	姫城 ・ 中郷 ・ 妻ヶ丘 ・ 小松原 ・ 五十市 ・ 横市 ・ 祝吉 ・ 沖水 ・ 志和池 ・ 庄内 ・ 西岳 ・ 山之口 ・ 高城 ・ 山田 ・ 高崎 ・ 三股	
	・ 開催場所名 : ○○○自治公民館	
	・ 住 所 : ○○町○○-○	
	開催地目印 : 公共施設、信号や看板等	