


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 <table border="1"><tr><td>午前 (10時以降～)</td><td>午後 (～16時まで)</td></tr></table>	午前 (10時以降～)	午後 (～16時まで)
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：〇〇〇自治公民館		
	・住 所： 〇〇町〇〇-〇		
	開催地目印：公共施設、信号や看板等		