

(申込先) 〒834-0034 福岡県八女市高塚 540 番地 2
電話 0943-23-4131 FAX0943-22-5254
公立八女総合病院 診療支援課 出張腎臓病教室担当

公立八女総合病院出張腎臓病教室申込書

令和 年 月 日

公立八女総合病院企業長 宛

申込者 (住所) _____
(団体) _____
(代表者) _____

公立八女総合病院出張腎臓病教室を依頼したいので、下記のとおり申し込みます。

希望日時	第1希望	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
会場名	会場名 所在地 電話番号	
参加予定者数	人	
希望内容	講義番号 _____	
連絡先 (ご担当者)	住所 (ふりがな) 氏名 電話番号 E-mail	FAX
備考	(聞きたい内容等がございましたらご記入ください)	

※申込書は、希望日の3ヶ月前までに提出してください。

※会場は八女市・広川町・筑後市・大川市・みやま市・久留米市とし、申込者において確保してください。(ただし、遠距離の場合はご相談させていただくこともあります。)

※業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。