

平成 年 月 日

信楽中央病院長あて

申請者 (団体名)
代表者 (氏 名)
(住 所)
(連絡先)

地域健康教室「申込書」

下記のとおり、地域健康教室を計画しましたので、講師の派遣についてご配慮
いただきますようよろしくお願いします。

記

1. 希 望 日 時 平成 年 月 日 ()
 午前 ・ 午後 時 ~ 時
2. 場 所 _____
3. 参加予定人数 _____人
4. 希 望 内 容 _____

例)

- ・糖尿病、循環器の予防について
- ・くすりの正しい飲み方について
- ・栄養、食生活について

5. 申 込 先 信楽中央病院 事務部
 TEL : 0748-82-0249
 FAX : 0748-82-3060