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意いただきますようよろしくお願いします。

記

１．希 望 日 時　　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