

## 出張講座申込みFAX用紙

申込者（団体等）名		
住 所		
連 絡 先	TEL ( )	
	FAX ( )	
ご希望テーマ		
ご希望日時 (第2希望も)	月 日 ( )	時 分
	月 日 ( )	時 分
講座希望時間	分 間	
講座開催場所	住 所	
	施設名	
参加予定人数	おおよそ 名	
対 象 者	所属等	
	年齢層	
ご意見・ご要望等		
<p>申込先 医療法人社団 先義会  小樽脳・循環器病院  医療相談室 MSW 石田 潔  小樽市入船2丁目2番18号  TEL 0134(21)2222 / FAX 0134(25)4111</p>		