「在宅医療」座談会 申込用紙

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼団体・組織名 |  |
| 代表者　職・氏名 |  |
| 担当者　職・氏名  （連絡担当者） |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 希望パッケージ  コース | コース |
| 特に希望したい  内容・質問事項等 |  |
| 希望開催日時 | (第1希望)　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分  (第2希望)　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 開催場所 | 施設名：  住　所：  電話番号： |
| 参加予定人数 | 人（概数で結構です） |
| 依頼団体・  組織の特徴  （年代、性別　等） |  |
| 備　　　　考 |  |