聖ルチア病院 FAX：0942-33-1586

出前講座申込書

年　　月　　日

聖ルチア病院　地域交流委員会 あて

団体・グループ名	
住 所	〒
代表者氏名	（担当者氏名）
電話番号	（FAX）
メールアドレス	

聖ルチア病院出前講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

講座 No.		講座テーマ名	
申込団体名称			
申込区分団体 ※該当区分に✓してください。			□校区コミュニティ組織、自治会、校区委嘱学級など □ボランティア団体、市民活動団体など □学校・教育機関など　□病院・社会福祉法人など □企業・商工団体など □その他（　　）
希望実施日時	開催日時についてご希望をご記入ください。		
実施場所	（住所）		
参加予定人数	人		
実施目的	（例）会員の知識習得のため、○○の教育研修のため　など		
備考	（例）テーマの中で特に聞きたい、説明が欲しい内容などあればご記入ください。		

開催の目的及び申込団体について次の項目を確認の上、✓してください。

□収益や集客または苦情を目的として実施するものではありません。

□政治的または宗教活動を目的として実施するものではありません。

□申し込み後に参加者を公募して実施するものではありません。

※上記のほか、当院の社会貢献活動にそぐわない場合は、ご依頼をお断りする場合もございます。

▽以下は、聖ルチア病院記入欄ですので記入しないでください。

申込書受理日	年　月　日（　）
講座実施日時	年　月　日（　）　時　分 ～　時　分
担当者（所属ﾁｰﾑ）	