



出前講座申込書

申込日	年 月 日		
団体名			
代表者氏名			
ご担当者	お名前		
	お電話番号	※日中のご連絡が可能な番号をご記入ください。 — —	
	ご住所		
開催希望日時	第1希望	年 月 日 (曜日)	時 分 ~
	第2希望	年 月 日 (曜日)	時 分 ~
開催会場	施設名		
	住所		
	電話番号	— —	
希望講座	番号	講座名	
	その他(内容):		
参加者	人数	約	名
	年齢	歳 ~	歳
備考	※その他ご要望等ありましたらご記入ください。		

- ◆ 申込書を郵送、FAX または新町病院までご持参のうえお申し込み下さい。
- ◆ お申し込みは開催希望日のおおむね2ヶ月前までをお願いいたします。
- ◆ 業務の都合によりご希望に添えない場合もありますのでご了承下さい。

☆☆ お申込み・お問い合わせ ☆☆

JA長野厚生連
南長野医療センター 新町病院
(担当：総務課 出前講座係)

〒381-2404 長野市信州新町上条 137 番地
電話 026 (262) 3111 / FAX 026 (262) 3411
受付時間：平日 午前8時30分~午後5時