**「スペシャリスト看護師による出張講座」講師依頼申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **担当者** |  |
| **連絡先** | 所在地　〒： |
| 電話番号： |
| FAX番号： |
| メールアドレス： |
| **対象者の年齢層**  **職種など** |  |
| **予定人数** | 名 |
| **希望される**  **領域・講座内容** |  |
| **実施希望日時** | 第１希望：  令和　　年　　月　　日/　　　時　　分　　～　　　時　　分 |
| 第２希望：  令和　　年　　月　　日/　　　時　　分　　～　　　時　　分 |
| 第３希望：  令和　　年　　月　　日/　　　時　　分　　～　　　時　　分 |
| **その他** | ご自由にお書きください。（ご希望や連絡など） |

* **申し込み/問い合わせ先**

済生会松阪総合病院　地域包括・診療支援センター　中山

電話：　０５９８－５１－２６２６（代表）

ＦＡＸ：　０５９８－５１－２６５８（直通）