

(公財)仙台市医療センター 仙台オープン病院 「地域健康講座」申込書

申込年月日	令和 年 月 日 ()		
団体名			
代表者	氏名	住所	
担当者 (連絡先)	氏名	住所	
	電話	()	FAX ()
希望演題	第一希望:		第二希望:
講師	第一希望:		第二希望:
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
当日開催の 会合の名称			
参加予定人数と 参加者の年齢構成	約 人、 歳 ~ 歳位		
会場	会場名	電話 ()	
	住所		
備考	※何かございましたらご記入ください。		



- ・必要事項をご記入のうえ、郵送またはFAXでお申し込みください。
- ・お申し込みは、**希望日の3か月前までに**お願いいたします。
(3か月を過ぎてからの申し込みですと、業務の都合上お受けできない場合がございます。)

◎お問い合わせ先
 (公財)仙台市医療センター 仙台オープン病院 地域医療連携室
 〒983-0824 仙台市宮城野区鶴ヶ谷5丁目22番1
 電話:022-252-1111 / FAX:022-252-1126
 E-mail:renkei4@openhp.or.jp