

(公財)仙台市医療センター『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1希望:	第2希望:	
希望演題の 講師名			
希望日時 (平日9～17時まで)	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
開催当日の 会の名称			
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		
備品について	スクリーン 【有・無】	プロジェクター 【有・無】	
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でお申込みください。
- ・お申込みは、**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。)
- ・業務都合や感染症の流行状況などにより、日程の変更や中止をお願いする場合がございます。
- ・スクリーンやプロジェクターのご準備が難しい場合は当院から持参いたしますが、貸し出し状況により日程の変更をお願いする場合がございます。

◎お申込み・お問い合わせ先
(公財)仙台市医療センター 法人事務局 藤井
〒983-0824 仙台市宮城野区鶴ヶ谷5丁目22番1
電話:022-252-1111(代) / FAX:022-252-0454