



# 宇都宮病院「出前講座」申込書

【 病院FAX番号 : 028-673-6148 】

独立行政法人国立病院機構

宇都宮病院 院 長 あて

平成 年 月 日

団体名称							
連絡先	代表者	氏名		住所	〒		
	担当者	氏名		住所	〒		
	電話番号			FAX番号			
希望講座		第1希望	番号		テーマ		
※別紙「出前講座内容一覧」からお選びのうえ、ご記入ください。		第2希望	番号		テーマ		
参加予定人数		人		※ 当日参加を予定されている大凡の人数を記入してください。			
実施会場		会場名					
※会場は、貴団体でご用意ください。		住所		電話番号			
希望日時		第1希望	平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ~ 時 分				
		第2希望	平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ~ 時 分				
その他参考となる事項							

## 【注意事項】

1. 必要事項をご記入のうえ、講座を実施する希望日の2ヶ月前迄に直接、郵送又はFAXで病院へお申し込みください。
2. 営利、宗教、政治活動を目的とする場合は実施できませんので、ご了承ください。
3. お申し込み後、担当者よりご連絡させていただき、打ち合わせをさせていただきます。
4. 病院行事、申し込み状況等によりご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。
5. ご不明の点等がございましたら、下記へお問い合わせ願います。

(お問合せ先)	〒329-1193 宇都宮市下岡本町2160
	独立行政法人国立病院機構宇都宮病院「地域医療連携室」 電話番号 : 028-673-2111 (代表) FAX番号 : 028-673-6148