

H26年度 出張健康教室講座（申込書）

北信総合病院長 殿

次のとおり『出張健康教室』講座を申し込みます。

団 体 名			
代 表 者			
住 所			
電 話 番 号	必ず連絡がとれる連絡先を記入して下さい		
F A X 番 号			
メー ル ア ド レ ス (パ ソ コ ン 用)	配布資料を準備いただく場合、添付して送信する場合必要となります。		
希 望 講 座 名	講座番号 (番)	講座名 (
参 加 予 定 人 数	人		
希 望 日 時 (希望日の2ヶ月前まで にお申し込み下さい)	第1希望	年 月 日 (曜日)	時 分
	第2希望	年 月 日 (曜日)	時 分
	第3希望	年 月 日 (曜日)	時 分
会 場 名			
参 加 者 の 年 齢 層	歳から 歳まで		
	おおむね男性・おおむね女性・男女半分ずつ・不明 (いずれかに)		
開 催 目 的			
質 問 事 項 記 入 欄			

提 出 先	上記に必要事項をご記入いただき、希望日の2ヶ月前までにFAX、郵送、もしくは直接お申し込みください。 〒383-8505 中野市西1丁目5番63号 北信総合病院 地域医療連携課 FAX 0269-22-2812(直通) TEL 0269-23-2160(直通) 出張健康教室についての申し込み・問い合わせは、平日午前8時30分から午後5時の間をお願いいたします。
-------	---

- ・お申し込み対象者は、概ね中野市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村に在住(通勤、通学含む)される約10名以上の参加者が見込まれる団体(町内会・学校・会社等)を対象とします。
- ・政治、宗教、反社会勢力、営利活動等を目的とする団体へは派遣できません。
- ・会場の確保・設営、当日の進行等は受講団体でお願いします。また、配付資料を受講団体にて準備(用紙の用意、印刷、受講者への配布等)いただくことがあります。その場合、原稿の送付等について病院担当者より事前にご連絡します。
- ・費用は1回につき、5,400円(消費税込)を指定口座にお振り込みください。恐れ入りますが振込手数料はご負担願います。会場の借入費用、有料の資料を使用する場合は別途受講団体の負担となります。
- ・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ください。
- ・日時は後日担当よりご連絡させていただきます。
- ・出張健康教室講座では質疑や意見交換はできませんが、診察や治療又は医療機関への紹介を行うことはできません。