

平成 年 月 日

申請者 _____

団体名 _____

地域医療出前講座受講申し込み申請書

下記のとおり申請します。

月日	年 月 日 ()
時間	
場所	
対象者数	名
対象年齢	
受講希望講座名	第一希望 第二希望 第三希望
代表者	
連絡先	
備考	

※講師の調整がつかない場合は、相談の上講座内容等を変更させていただく場合があります。必ず連絡先をご記入ください。

日南市記載

受付日	年 月 日 ()
対応者	
講師調整	
備考	