

舞鶴共済病院 医療者向け（リクエスト）研修 申込書

舞鶴共済病院 いきいき教室を何で知りましたか？		
貴施設名		
ご住所		
TEL		
FAX		
メールアドレス		
担当者ご氏名		

必要事項をご記入ください（■はクリックして選択してください）

分野とテーマ												
希望日時	(2か月先以降でお願いします)											
第1希望	年		月		日		()	～		
第2希望	年		月		日		()	～		
第3希望	年		月		日		()	～		
参加予定人数												
参加職種												
希望内容												
開催場所								駐車スペース		()
プロジェクター設置		()	パソコン準備		()			

送信先 舞鶴共済病院 FAX 0773 - 64 - 4301