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