

出前講座 申込書

年 月 日

依頼団体・組織名	
代表者 職・氏名	
担当者 職・氏名 (連絡担当者)	
連絡先電話番号	
申込内容 (希望する方に○)	①在宅医療座談会 / ②まめなかね！出前講座
希望コース	コース (A~J または 1~10 を記入)
特に希望したい 内容・質問事項等	
希望開催日時	(第1希望) 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (第2希望) 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
開催場所	施設名： 住所：
参加予定人数	人 (概数で結構です)
依頼団体・ 組織の特徴 (年代、性別 等)	
備考	

【申込先】 ※希望する内容によって申込先は異なりますのでご注意ください。

①在宅医療座談会

出雲市役所 医療介護連携課 (〒693-8530 出雲市今市町 70 番地)

TEL : (0853) 21-6906 FAX : (0853) 21-6749

②まめなかね！出前講座

出雲市立総合医療センター 病院総務課 (〒691-0003 出雲市灘分町 613 番地)

TEL : (0853) 63-5111 FAX : (0853) 63-4228