

がん看護専門看護師 行

FAX

出前講座申込用紙

申込日	年 月 日		
貴施設名			
ご住所			
ご担当者	TEL		
	FAX		
	Mail		
希望日時 時間帯	第一希望	月 日 時～	参加希望人数 名
	第二希望	月 日 時～	
希望内容	—お困りのことなどがあればご記入頂けたらと思います。—		
備 考	駐車場	有	無
	プロジェクター	有	無
	パソコン	有	無

国家公務員共済組合連合会 千早病院
FAX 092-683-0411

