



国立病院機構まつもと医療センター

出前講座申込用紙

独立行政法人国立病院機構
まつもと医療センター院長 殿

下記のとおり、出前講座を申し込みます。

申込日	令和 年 月 日						
(ふりがな) 申込者氏名							
申込者住所							
申込者連絡先	TEL						
	FAX						
ご希望講座番号・講座名							
ご希望日時	第1希望	月	日	曜日	時	分	開始
	第2希望	月	日	曜日	時	分	開始
	第3希望	月	日	曜日	時	分	開始
講座開催場所	住所						
	名称						
参加予定人数	おおよそ	名					
対象者	小学生	中学生	高校生	成人	高齢者	その他	
備考							

お申込み・お問合せ先: 国立病院機構まつもと医療センター 経営企画室

住所 : 〒399-8701 松本市村井町南2-20-30

TEL : 0263-58-4567(代)

FAX : 0263-86-3190

Email : 229-ty-info@mail.hosp.go.jp