

申込日： 令和 年 月 日

## 出前講座申込書

広島赤十字・原爆病院  
地域医療連携課 あて

申込者 (住所)

(団体名)

(代表者)

次のとおり「出前講座」を申し込みます。

講座等の名称及び開催目的	名称			
	開催目的			
希望講座	カテゴリー番号	—	講座番号	講座名
		—		
講座の希望内容を具体的に記入ください				
希望日時	<第1希望> 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分			
	<第2希望> 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分			
	<第3希望> 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分			
会場	会場名			
	所在地 〒( )			
	設備 パソコン・プロジェクター・スクリーン・設備なし (※出前講座は基本的にパワーポイントで行います)			
参加予定人数				
担当者連絡先	住所 〒( )			
	氏名			
	電話番号		FAX	
	E-mail			

※申し込みは、開催予定日の2ヶ月前までに申し込みください。

※申し込み可能な講座開催日時は、原則平日9時から16時になります。

※申し込み方法

FAXの場合、(082-504-7576)までFAXしてください。

電子メールの場合は:byousin@hiroshima-med.jrc.or.jpまでメール送信してください。

※ご不明な点がございましたら、お問合せください。

お問合せ先  
広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課  
電話 : (082) 241-3111 (代表)  
FAX : (082) 504-7576