

## 地域巡回講演会の申込用紙

主催者（団体名）	
代表者名	
講演会担当者	
連絡先電話	（                      ）
メールアドレス	
希望日	月                      日（      ）
希望予定時間	午前・午後                      時                      分～                      時                      分 <small>午前が午後に○印のうえ、予定時間の記入をお願いします。</small>
希望テーマ等  （内容・講演会名）	<small>テーマは「講演プログラムの例」から、選択してください。</small>
参加予定人数	
会場名	
会場所在地	
準備可能な物品	パソコン（パワーポイント付）・プロジェクター・  スクリーン・マイク <small>可能な物品に○印をつけてください</small>

F A X送信先：患者総合支援センター（地域連携室）

（ 0 8 2 ） 2 5 6 － 3 5 6 9