～お申込み方法～

申込用紙にご記入の上、FAXまたはメールにてお申込みください。

お申込み後、研修受付確認のご連絡をいたします。確認連絡がない場合は、お手数ではございますがお申込みの患者総合支援センターまでご連絡ください。

**【出前講座　申込書】**

 FAX：076－238―0505　 e-mail:m-kakiuchi@ipch.jp

|  |  |
| --- | --- |
| ご記入日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 貴施設名 |  |
| ご担当者連絡先 | 氏名 |  |
| 住所 | ・部門までご記入ください |
| TEL |  |
| emailアドレス |  |
| 日時・場所受講者数等 | 受講者数 |  |
| 実施希望日時 | 第1希望 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（　　） |
| am/pm ：　　　　～　　　　： |
| 第2希望 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（　　） |
| am/pm ：　　　　～　　　　： |
| 第3希望 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（　　） |
| am/pm ：　　　　～　　　　： |
| 開催場所 |  |
| 準備可能な機材 | プロジェクター：　有 ・　無 |
| ご希望の研修内容 |  |

※ご記入いただいた情報は、患者支援センターからの研修に関する連絡及び出席者管理以外には利用いたしません。

 〈お問い合わせ〉

 石川県立中央病院　患者総合支援センター　担当/垣内美香

 TEL：076-237-8211　　　　FAX：076-238-0505　　　　e-mail：m-kakiuchi@ipch.jp