

受付No. _____

出張授業申込書

令和 年 月 日

島田市立総合医療センター 様

学 校 名 _____
校 長 名 _____
連 絡 先 氏 名 _____
連絡先電話番号 _____

下記の「出張授業」を申し込みます。

希望講座名	講座No 番 講座名[] 講座No 番 講座名[] ※希望される「講座No」、「講座名」を記入してください。 (2講座を申込される場合のみ2講座記入してください。)		
学 年 参加予定人数	学年: 年 組 参加予定人数: 人		
希望日時 <small>※授業時間は、各学校の 1時限の授業時間をご 記入ください。 (2講座を申込された場 合は、2時限の授業時 間をご記入ください。)</small>	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
開催希望場所	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 島田市立総合医療センター ※開催を希望される場所に「レ」点をお願いします。 ※新型コロナウイルスの感染状況により中止させていただく場合がございますので、ご了承ください。 ※当院での開催を希望される場合、参加人数は、最大50名までとさせていただきます。		
そ の 他	※連絡事項等がありましたらご記入ください。		

※希望日時の最も早い日程の1カ月前までに電子メール又はFAXでお申込みください。

申込先 〒427-8502 島田市野田1200番地の5

島田市立総合医療センター 経営企画課 企画広報係

☎0547-35-2111(代表) 内線3311・3312 Fax 0547-36-9155

メール keieikikaku@shimada-gmc.jp