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  ※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。) | 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 | □学校　　　　　　　□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