医療法人社団紫苑会　出前講座申込書

団体名	
申込担当者名	
申込担当者連絡先	電話：(　　)　　－ E-Mail：
出前講座開催 希望日時	令和　　年　　月　　日　(　　曜日) ：　　～　　：
会場名	
会場住所	
参加人数	名程度(職種等：　　)
対　象 例）50歳～60歳くらいの男女、親子　など	
希望講座テーマ	
具体的希望内容	

《申込先》　医療法人社団紫苑会　富士いきいき病院

医療連携室　担当：山中良二

〒419-0205　静岡県富士市天間1640-1

電話：0545-73-1919　FAX：0545-73-1917

E-ﾒｰﾙ：shien-center@iki-iki-hp.com