磐井病院どこでも医療講座申込書

団体・組織名	
代表者氏名(ご担当者)	
連絡先住所	
連絡先電話番号等	電話（　　）　　FAX（　　）

〇講演についてのご希望内容

日時	第1希望	平成　年　月　日（　）　時　分～　時　分
	第2希望	平成　年　月　日（　）　時　分～　時　分
	第3希望	平成　年　月　日（　）　時　分～　時　分
会場名		
会場住所		
スクリーン	あり　・　なし　※どちらかに〇を記入願います	
プロジェクター	あり　・　なし　※どちらかに〇を記入願います	
PowerPointを使用可能なパソコン	あり　・　なし　※どちらかに〇を記入願います	
ご希望の演題の数	1題　・　2題　※どちらかに〇を記入願います	
ご希望の演題	第1希望	演題番号：
	第2希望	演題番号：
参加予定人員	名程度	
連絡事項等		

〇お申し込み・お問い合わせ先〇
岩手県立磐井病院　地域医療福祉連携室
電　話：０１９１－２３－３４５２
ＦＡＸ：０１９１－２１－３９９０
メール：ea1007@pref.iwate.jp