四国がんセンター出前講座申込書

独立行政法人　国立病院機構

四国がんセンター　院長　殿

令和　　年　　月　　日

団体名			
代表者（担当者）名			
住所			
TEL			
FAX			
E-mail			
希望される講演内容 ＊講義リストをご覧ください			
希望日時	第１希望	月　　日	時　分　～　時　分
	第２希望	月　　日	時　分　～　時　分
	第３希望	月　　日	時　分　～　時　分
対象者・参加人数			
講義スタイル	□WEB形式	□対面（遠方の方はweb形式でお願いします）	
実施会場 ＊webご希望の方は不要	会場名		
	住所		
	電話番号		
その他連絡事項			

ご不明な点がございましたら、遠慮なくご相談ください。

【申し込み・問い合わせ先】

四国がんセンター　副看護部長　TEL:089-999-1111(代表)

FAX:089-999-1000