

京都岡本記念病院 出張健康講座 申込書

申 込 日	年 月 日 (曜日)	
団 体 名		
担 当 者 氏 名 (本申込の窓口となる方)		
連絡先電話番号 (必ず連絡が取れる連絡先)		
F A X 番 号		
メー ル ア ド レ ス		
希望講座名	第 1 希 望	番号 () 番 ・ 講座名 ()
	第 2 希 望	番号 () 番 ・ 講座名 ()
参 加 予 定 人 数		
希 望 日 時	第 1 希 望	年 月 日 (曜日) 時 分 ~
	第 2 希 望	年 月 日 (曜日) 時 分 ~
	第 3 希 望	年 月 日 (曜日) 時 分 ~
会 場 名		
会 場 所 在 地		
参 加 者 情 報	年 齢 層	
	男 女 比 率	
	そ の 他	
開 催 目 的		
備考欄 (質問・希望)		

申 込 方 法	上記の太枠内に必要事項をご記入の上、FAX・郵送・メール・直接ご持参のいずれかの方法でお申込みください。 後日、担当者からご連絡させていただき、日時・内容等を決定させていただきます。
申 込 先	〒613-0034 京都府久世郡久御山町佐山西ノ口100番地 社会医療法人岡本病院(財団) 法人事業部 広報部 出張健康講座 担当 FAX番号 : 0774-48-5597 メー ル : pr-houjin@okamoto-hp.or.jp