**訪　問　講　座　申　込　書**

　　年　　　月　　　日

　国立病院機構熊本医療センター院長　　様

団体名

代表者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

　次のとおり「訪問講座」を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | ＜第１希望＞ |
| 　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| ＜第２希望＞ |
| 　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| ＜第3希望＞ |
| 　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 希望する | ＜希望する診療科＞ |
| テーマ | 　テーマ番号　　　　テーマ名 |
| 備考 | 　 |