

送信先 hideyuki\_kuraoka01@kitakyu-cho.jp 地域医療連携室 倉岡 秀幸

令和 年 月 日 申込

**様式：出前講演講師派遣依頼申請書**

施設名								
担当者								
住所								
TEL番号				FAX番号				
E-mailアドレス								
講演場所	<input type="checkbox"/> 上記施設 <input type="checkbox"/> その他(※下記にご記入下さい)							
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
	第4希望	月	日	時	分	～	時	分
	第5希望	月	日	時	分	～	時	分
希望講演内容	【テーマなど詳しくご記入下さい。】							
聴講される方の職種と人数	( 医師 )名	( 看護師 )名	( 介護士 )名	( )名	( )名	( )名	( )名	合計 ( )名

\* 講師のご指名等がございましたら、上記の「希望講演内容」の欄にご記入下さい。

\* 講師派遣申し込みは原則メールでお願いします。メールでの申し込みができない場合に限りファックス申し込み(FAX:093-662-1909)を受け付けます。

独立行政法人 北九州市立病院機構 北九州市立八幡病院

〒805-8532 北九州市八幡東区尾倉2丁目6番2号

TEL 093-662-6565 担当:地域医療連携室 倉岡 秀幸

令和元年12月19日作成  
令和6年4月3日 更新