

# 出前講座 申込書

FAX送信先：新潟聖籠病院 リハビリテーション科 宛

FAX：025-256-1515

mail: matsukawa.mn@aoikai.jp

「件名：出前講座のお願い」

※メールの場合は、以下の内容を本文に入力または、  
この用紙をPDFで添付してください。



申し込み用  
QRコード

申込日： 令和 年 月 日

ご希望の内容	
希望日時	第1希望:令和 年 月 日 時間 : : ~ : 第2希望:令和 年 月 日 時間 : : ~ :
開催場所	場所 住所
参加人数	名 年代 歳 ~ 歳
団体名称 ない場合は 記入不要です	
代表連絡先	氏名: 住所: TEL: FAX: MAIL: