

(様式)

「とちりハ病院研修会」出前講座申込書

		令和	年	月	日
団体等の名称					
所在地	(〒)				
活動の概要 または集会の 目的					
代表者					
連絡先	担当者				
	電話番号				
	FAX番号				
	e-mail				
希望するテーマ					
参加予定人数					
希望日程	令和 年 月 上・中・下旬頃 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分 ~				
実施会場	会場名				
	所在地	電話			
テーマを希望 する理由及び 詳しく説明を 受けたい事項					
備考	リモート研修 可 ・ 不可 ※○で囲んでください				

- 1 必要事項を記入の上、FAXまたはメールでお申込みください。
- 2 希望するテーマに複数の記載は可能ですが、実施講座は調整した1テーマとなります。
※ 申込状況により、御希望に添えない場合もございますので、予め御了承ください。
- 3 日程やテーマ等については、実施団体の決定後に調整させていただきます。
- 4 不明な点は、地域医療連携室までお尋ねください。

栃木県立リハビリテーションセンター 地域医療連携室

〒320-8503 宇都宮市駒生 3337-1

電話：028-623-7051 FAX：028-623-7052

e-mail：riha-demaie@tochigi-riha.jp