

名古屋医療センター 管理課庶務係長 宛
〒460-0001 愛知県名古屋市中区三の丸 4-1-1
FAX 052-951-0664

名古屋医療センター 出張がん講座 申込書

令和 年 月 日

国立病院機構名古屋医療センター

管理課庶務係長 宛

団体名

代表者氏名

住所

電話

メールアドレス

次のとおり名古屋医療センター「出張がん講座」を申し込みます。

希望日時	第1希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
	第2希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
場所	〒
希望する テーマ	番号 テーマ名
参加予定人数	人
集会等の名称 及び開催目的	集会等の名称
	開催目的
備考	

※郵送または FAX でお申込み下さい。