

平成 年 月 日

医療法人山容会 山容病院
院長 小林 和人 様



【講師依頼申込書】

依頼日（受付日）	
依頼主	
所属部署・担当者名	
所在地	
連絡先	TEL :
	FAX :
	e-mail :
希望する講師	
研修会テーマ	
研修会趣旨・目的	
対象者・定員	
開催場所	
開催希望日時	
講師料	
その他	

※必要事項をご記入の上、FAXにてお申込み下さい。
山容病院 〒998-0074 山形県酒田浜松町1-7
情報広報課 ☎0234-33-3355 FAX0234-33-3617