

施設向け出張研修申込書

年 月 日

君津地域リハビリテーション広域支援センター
 国保直営総合病院君津中央病院 病院長 様

団体名
 代表者 住 所
 氏 名
 電話番号

次のとおり「施設向け出張研修」を申し込みます。

希 望 日 時	<第1希望> 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	<第2希望> 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
場 所		
希 望 す る テ ー マ	<第1希望> テーマ番号 テーマ名	
	<第2希望> 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		