

# 出前講座申込書

平成 年 月 日

高知県厚生農業協同組合連合会  
JA高知病院 院長 宛

JA高知病院出前講座を下記のとおり申し込みます。

|                |            |                      |
|----------------|------------|----------------------|
| 申請者名<br>(団体名)  |            |                      |
| ご連絡先<br>(ご担当者) | 住所         | 〒 -                  |
|                | ふりがな<br>氏名 |                      |
|                | 電話番号       |                      |
|                | FAX        |                      |
|                | E-mail     |                      |
| 希望日時           | 第1希望       | 平成 年 月 日( ) 時 分～ 時 分 |
|                | 第2希望       | 平成 年 月 日( ) 時 分～ 時 分 |
|                | 第3希望       | 平成 年 月 日( ) 時 分～ 時 分 |
| 場 所            | 会場名        |                      |
|                | 所在地        |                      |
| 受講目的           |            |                      |
| ご希望講座名         |            |                      |
| 参加予定人数         | 名          |                      |
| 備 考            |            |                      |

※遠距離の場合はご相談させていただきます。  
※業務の都合により、希望日に添えない場合もありますので、ご了承ください。

**【お問い合わせ・お申し込み先】**

高知県厚生農業協同組合連合会 JA高知病院 事務部 福留 洋平  
〒783-8509 高知県南国市宇中野526-1 (TEL)088-863-2181 (FAX)088-863-2186  
(E-mail) y-fukudome@kouseiren.ja-kochi.or.jp