

医介連 おきがる出前講座

団体・組織名	
代表者氏名（ご担当者）	
連絡先住所	
連絡先電話番号等	電話（ ） FAX（ ）

○講演についてのご希望内容

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
	第3希望	令和 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
会場名		
会場住所等	住 所： 電話番号：	
ご希望の演題の数	1題・2題 ※どちらかに○を記入願います	
ご希望の演題	第1希望	講 師： テ ー マ：
	第2希望	講 師： テ ー マ：
参加予定人員	名程度	
連絡事項等		

○お申し込み・お問い合わせ先○
 一関保健センター 健康づくり課
 電話：0191-21-2160
 FAX：0191-21-4656