

川西市立総合医療センター「出張健康講座」申込用紙

川西市立総合医療センター 患者支援センター 宛

FAX : 072-789-8193

必要事項をご記入頂き、上記患者支援センター宛に FAX 送信または郵送ください。
メールからでもお申し込み頂けます。後日、担当者よりご連絡いたします。

申込日	年	月	日
団体名			
申込者名	(フリガナ)		
申込者 連絡先	電話： - -	FAX： - -	
	Mail： @		
依頼内容			
希望日			
希望時間			
会場	会場名：		
	住所：〒 - 川西市		
対象者・人数	対象者：	名	
その他 ご要望			

<お願い>

- ・対象地域は、川西市内及び猪名川町内とさせていただきます。
- ・日程とお時間は可能な限り、複数候補をご記入ください。
- ・ご依頼内容によっては、ご希望に添えない場合があります。
- ・営利目的の場合は、お断りいたします。

<問い合わせ>

川西市立総合医療センター 患者支援センター 出張健康講座担当

住所：〒666-0017 兵庫県川西市火打1丁目4番1号

TEL：0570-01-8199 (ナビダイヤル3番)

MAIL：s-shimohara@kyowakai.com または s-watanabe@kyowakai.com