

# 出張セミナー参加申込書

申込日： 年 月 日

所属団体名	ふりがな -----
代表者氏名	ふりがな -----
代表者連絡先	
参加人数	名(予定)
開催場所	
希望開始月	※月に1度の講座を全7回行います。希望される開始月をお知らせください。 年 月
希望曜日	※毎月の講座を、どの曜日に開催したいかお知らせください。 第1希望： 月 火 水 木 金 ----- 第2希望： 月 火 水 木 金
備考	

## 申込み方法

① 直接申込みの方 申込先：富山西総合病院 3番地域サポートセンターまで提出

② Fax申込みの方 Fax番号：076-461-7744(受付担当者直通番号)

※ 注意：申込みは希望開始月の **1ヶ月前** までをお願いします。