

# 春ヶ丘健康宅配便

## 出張セミナー

### 希望連絡表 (FAX送信票)

貴施設名: \_\_\_\_\_ ご担当者名: \_\_\_\_\_

Fax番号: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

✉メール: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

希望演題・希望日時をご記入下さい。

	演題番号	演題名	希望日時		
			第一	第二	第三
1					
2					
3					

パソコン 講師持参 ・ 現地準備可能

対象者 (複数回答可) 患者・家族  
その他 ( )

参加予定人数 人

その他ご要望があれば、ご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

F A X 番号 093-921-8892(直通)