

令和 年 月 日

FAX:045-786-2686

横浜南共済病院 地域連携室 行

横浜南共済病院 みなみ健康セミナー申込書

団 体 名 _____
代 表 者 氏 名 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____
F A X 番 号 _____
メー ル ア ド レ ス _____

希望される内容	例)生活習慣病について	
参加人数		
希望日時	第1希望	令和 年 月 日() 時～
	第2希望	令和 年 月 日() 時～
	第3希望	令和 年 月 日() 時～
場 所		
会場の設備・ 備品等	・スクリーン ・プロジェクター ・パソコン ・マイク ・演台 (○をして下さい)	
ご要望があれば お書き下さい		