

# 出張健康講座 申込用紙

東京西徳洲会病院 地域医療連携室 宛  
FAX.042-808-3430

必要事項をご記入いただき、東京西徳洲会病院・地域医療連携室宛にFAXを送信してください。  
メールからも申込みいただけます。Tokyo-west-renei@tokushukai.jpへ必要事項を  
記載いただき、送信ください。後日、担当者から連絡いたします。

( 年 月 日 )

団体名		
担当者様 氏名		
連絡先	(電話)	(FAX)
	(E-mail)	
依頼内容	(講演内容・テーマ)	
希望日程		
希望時間		
会場	(会場名)	
	(会場住所) 〒	
対象者・参加人数		名
その他 ご要望		

## お願い


- ・日程と時間は可能な限り複数候補をご記入ください
- ・ご依頼の内容によっては、ご希望に沿えない場合がございます
- ・営利目的の会合や集会への派遣はお断りいたします。

## お問合せ

【東京西徳洲会病院・地域医療連携室 講演担当】

Tel.042-500-4433(代) FAX.042-808-3430(直)

E-mail : [Tokyo-west-renkei@tokushukai.jp](mailto:Tokyo-west-renkei@tokushukai.jp)

 地域連携室 記入欄



医療法人徳洲会

# 東京西徳洲会病院

〒196-0004 東京都昭島市松原町3-1-1 TEL.042-500-4433(代表)

URL:<http://www.tokyonishi-hp.or.jp/>