**「水光会出前講座コミカレ」申込み用紙** （開催予定６０日前までにお申込下さい）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 希望講座 | 希望講座 | 講座番号： | | |
| 講座名： | | |
| 希望日時  ※可能な限り第３希望までの日程をご記入ください | 第１希望　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）  　　　　　　　　　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | |
| 第２希望　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）  　　　　　　　　　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | |
| 第３希望　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）  　　　　　　　　　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | |
| 申込者 | 団体名 |  | | |
|  |  | | |
| 連絡先住所 | 〒 | | |
| 連絡先電話番号 | （　　　　　　　）　　　　　　　－ | | |
| 参加予定人数 | 人 | 平均年齢 | およそ　　　　　歳位 |
| 参加者構成  ※○をつけてください | １．成人　　２．小学生　　３．中学生　　４．高校生  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 集会の開催目的 |  | | |
| 会　場 | 実施会場名  ※当グループ内施設を希望の場合はその旨お書きください |  | | |
| 実施会場住所 | 〒  電話番号　（　　　　　　　）　　　　　　　－ | | |
| その他 | 併せて開催される行事や、講座に関する希望等を ご記入ください |  | | |
| コミカレをお知りに なった場所に○をつけてください | ・市役所　・広報ふくつ　・地域の回覧物  ・当院ホームページ　・当院広報誌　・当院設置情報発信モニター  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

送付先：社会医療法人水光会 宗像水光会総合病院　企画室

〒811-3298 福岡県福津市日蒔野5丁目7番地1

TEL ： 0940-34-3134　月～金8:30～17:30（祝日を除く）

FAX ： 0940-43-5981　E-mail：kikaku@suikokai.or.jp