

# 『まちあい室講座』 申込書

年 月 日

加賀市医療センター病院長

小橋 一功 様

申し込み団体名

代表者氏名

印

電話番号

FAX

次の通り「まちあい室講座」を申し込みます

テーマ	
講演者	
希望日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
講演場所	
参加人数	約 名 (男性 名、女性 名) 年齢層 代