

高松市立みんなの病院 やさしく学べる健康講座

申込書

申 込 日	平成	年	月	日	曜日	受付 No	
申 込 者	団 体 名						
	グ ル ー プ 名						
	代 表 者 氏 名						
	連 絡 担 当 者	氏 名					
連 絡 先 (携 帯 等)							
実 施 希 望 日	第 1 希 望	月	日	曜日	時 分	～	時 分
	第 2 希 望	月	日	曜日	時 分	～	時 分
実 施 場 所							
	所 在 地						
参 加 予 定 人 数	名						
希 望 テ ー マ	<p>※テーマ以外にご希望の内容などありましたらご記入ください</p>						
備 考							