

令和 年 月 日

F A X : 045-895-8375

横浜栄共済病院
地域医療支援課 行

横浜栄共済病院 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

希望される演目			
参加（予定）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			