

(様式1)

「薩南病院出前セミナー」申込書

令和 年 月 日

団体等の名称			
会合等の名称 及び 参加予定者数	名称	参加予定者 人	
代 表 者	氏名	住所	
担 当 者 (連 絡 先)	氏名	住所	
	電話	携帯電話(緊急時用)	
	F A X	メール	
希 望 テ ー マ	番号	テーマ名	
	希望理由及び詳しく説明を受けたい事項		
希 望 日 時	第1希望	令和 年 月 日() 時 分から 時 分	
	第2希望	令和 年 月 日() 時 分から 時 分	
実 施 会 場	会 場 名		
	所 在 地		電話
セミナーを何で 知りましたか	1 病院ホームページ 2 パンフレット 3 知人からの紹介 4 印刷物() 5 その他()		

(注意事項)

- このセミナーは薩南病院の職員がテーマに沿って説明を行うものであり、要望や苦情、交渉などをする場ではありません。趣旨を御理解の上、お申込みください。
- 営利、宗教、政治活動を目的とする会合等は対象となりません。
- お申込み後、薩南病院の担当から、担当者欄に記入された方に連絡をし、打合せをさせていただきます。
- お知らせいただいた個人情報については、「鹿児島県個人情報保護条例」に基づき保護され、薩南病院出前セミナーの事務以外に利用されることはありません。

- 必要事項を記入の上、郵送、F A X、メール又は直接持参でお申込みください。
- 不明な点がある場合には、薩南病院経営課までお尋ねください。
県立薩南病院 経営課 〒897-0001 南さつま市加世田村原4丁目11番
電話 0993-53-5300 FAX 0993-53-6764
メール sat-hos-keiei@pref.kagoshima.lg.jp