**医療法人社団二山会**

**講師派遣　依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名（代表者）** |  |
| **所属** |  |
| **連絡先****電話番号** | **（　　　　）　　　　‐** |
| **開催希望日時** | **年　　月　　日****時　　分 ～ 　時　　分** |
| **開催場所** |  |
| **参加対象者****（人数）** |  |
| **テーマ** |  |
| **特記事項** |  |

**郵送またはFAXにてお申し込みください。**

**（できるだけ１ヵ月前にお願いいたします。）**

送付先

〒739-0024

広島県東広島市西条町御薗宇703番地

医療法人社団二山会 宗近病院

宗近　敬悟

TEL：082-423-2726

**FAX：082-424-3737**

※市内局番の違いにご注意ください