

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カ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園宇 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