**在宅医療出前講座申込書**

様式第１号

令和　 　年　 　月　　日

熊本県在宅医療連合会　事務局

申込団体（グループ）名

及び代表者名:

推薦団体名

及び担当者名:

「熊本県在宅医療連合会　在宅医療出前講座」の実施を下記のとおり申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.団体名及び希望講座名 | |  | | | | | | |
| 2.内容（特にお聞きになりたいことがあればご記入ください） | |  | | | | | | |
| 3.日時 | 第1希望 | 令和　　年　　月　　 日（　　　）　　　時　　　分 ～　　　　時　　　　分 | | | | | | |
| 第2希望 | 令和　　年　　月　　 日（　　　）　　　時　　　分 ～　　　　時　　　　分 | | | | | | |
| 第3希望 | 令和　　年　　月　　 日（　　　）　　　時　　　分 ～　　　　時　　　　分 | | | | | | |
| 4.実施方法 | | 講師を現地に派遣 | オンライン  （集合型） | | | | オンライン  （個人参加型） | |
| 5.実施会場 | 会場名 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 6.参加者 | 対象者 |  | | | | 人数 | | 約　　　　　　名 |
| 7.集会等の名称及び開催目的等  （設備、駐車場は講師を現地に派遣する場合のみご記入ください。） | 名称 |  | | | | | | |
| 目的 |  | | | | | | |
| 設備 | ●準備できるもの全てに☑をしてください（本会からの貸し出しは致しません。）  マイク　　　パソコン　　　プロジェクター　　　スクリーン  レーザーポインター　　　黒板(ホワイトボード)  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 駐車場 | 駐車場所: | | | | | | |
| 8.担当者 | 氏名 |  | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | FAX |  | | | |
| 当日の緊急連絡先 |  | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | |
| 9.備考  (事務局記入欄) |  | | | | | | | |

＊申込み先＊

送付先 : 〒860-0806熊本市中央区花畑町1番13号熊本県医師会内　熊本県在宅医療連合会

FAX送信先 : 096-322-6429　　熊本県在宅医療連合会行

E-mail : kurogi-office@kumamoto.med.or.jp　 〈件名〉在宅医療出前講座について

**在宅医療出前講座申込書**

**記入例**

様式第１号

令和 ４ 年 ４ 月 １ 日

熊本県在宅医療連合会　事務局

申込団体（グループ）名

及び代表者名: 　　　××××会

推薦団体名

及び担当者名: 　　　××××××　　　　　　

「熊本県在宅医療連合会　在宅医療出前講座」の実施を下記のとおり申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.団体名及び希望講座名 | | No.××　××××××について | | | | | | |
| 2.内容（特にお聞きになりたいことがあればご記入ください） | | ×××××××について詳しく知りたい。  ×××××××を取り入れてもらいたい。 | | | | | | |
| 3.日時 | 第1希望 | 令和××年　××月　　××日（　×　）　10時　00　分 ～　11　時　00　分 | | | | | | |
| 第2希望 | 令和××年　××月　　××日（　×　）　14時　00　分 ～　15　時　00　分 | | | | | | |
| 第3希望 | 令和××年　××月　　××日（　×　）　10時　00　分 ～　11　時　00　分 | | | | | | |
| 4.実施方法 | | 講師を現地に派遣 | オンライン  （集合型） | | | | オンライン  （個人参加型） | |
| 5.会場 | 会場名 | ××××公民館 | | | | | | |
| 所在地 | 〒×××-××××　　熊本市中央区×××町　123-456　×××公園内 | | | | | | |
| 電話番号 | 096-×××-×××× | | | | | | |
| 6.参加者 | 対象者 | ××××会　××歳～××歳までの方々 | | | | 人数 | | 約　　30　　名 |
| 7.集会等の名称及び開催目的等  （設備、駐車場は講師を現地に派遣する場合のみご記入ください。） | 名称 | ××××の会　×××××研修会 | | | | | | |
| 目的 | ××××の会の定期会合（月に1回実施） | | | | | | |
| 設備 | ●準備できるもの全てに☑をしてください（本会からの貸し出しは致しません。）  マイク　　　パソコン　　　プロジェクター　　　スクリーン  レーザーポインター　　　黒板(ホワイトボード)  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 駐車場 | 駐車場所:×××公園内南側駐車場 | | | | | | |
| 8.担当者 | 氏名 | 熊本　太郎 | | | | | | |
| 住所 | 〒860-××××  熊本市中央区××12-34　×××××××マンション111号 | | | | | | |
| 電話番号 | 090-1234-5678 | | FAX | 096-98-7654（自宅・FAX） | | | |
| 当日の緊急連絡先 | 090-1234-5678 | | | | | | |
| E-mail | Abcf××××@fgh×××.ne.jp | | | | | | |
| 9.備考  (事務局記入欄) |  | | | | | | | |

＊申込み先＊

送付先 : 〒860-0806熊本市中央区花畑町1番13号熊本県医師会内　熊本県在宅医療連合会

FAX送信先 : 096-322-6429　　熊本県在宅医療連合会行

E-mail : kurogi-office@kumamoto.med.or.jp　 〈件名〉在宅医療出前講座について