|  |
| --- |
| 院長承認印 |
|  |

院内説明会開催申請書

年　　　月　　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構

大和郡山病院　　院長　　殿

(申請者)

住　所

会社名

緊急連絡先

氏　名

独立行政法人地域医療機能推進機構大和郡山病院の規定に従い、説明会開催の許可を

受けたいので、下記の通り申請いたします。

記

1. 日　時　　　　　　　年　　　　月　　　　日（自　　時　　分　至　　時　　分）
2. 場　所
3. 参加予定人数　　　　　人　　　(職種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)
4. 内　容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　について
5. その他参考事項
6. 説明会での飲食物の提供　　　□あり　　□なし

「あり」の場合：提供する飲食物

1. その他の提供（パンフレット以外）　　　　なし
2. 特記事項