**新潟県立がんセンター出前講座　申込み用紙**

**FAX 　025-266-5162**（送付状は不要）1回につき1枚

送付先：新潟県立がんセンター新潟病院 患者サポートセンター

間違いを避けるために**手書きではなく入力で記載**をお願いします。後程担当者から連絡を入れます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申し込み日** | 年　　　月　　　日 | | | |
| **施設名** |  | | | |
| **代表者**  **氏　名** |  | | | |
| **連絡先** | 電話： | FAX： | | |
| メールアドレス | | | |
| **住　所** | 〒 | | | |
| **使用する**  **デバイス** | PC  スマートフォン・タブレット | | **ZOOMの使用経験** | あり  なし |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第1希望日** | クリックまたはタップして日付を入力してください。 | | 時　　　分　開始 |
| **第2希望日** | クリックまたはタップして日付を入力してください。 | | 時　　　分　開始 |
| **参加予定** | 名 |  | |
| **希望内容** | 施設で困っていること、講義に関する要望など | | |