

年 月 日

岩手県立胆沢病院長 様

団体・グループ名 : _____
 代表者氏名 : _____ 印
 代表者住所 : _____
 連絡先 : _____
 担当者氏名 : _____
 連絡先 : _____

出前医療講演変更(中止)申出書

年 月 日付けで受講決定のありました岩手県立胆沢病院出前医療講演について、次のとおり変更(中止)したいので申し出ます。

1. 変更の場合(変更のある事項のみ記入してください。)

	決定内容		変更等内容	
希望する講演テーマ				
希望日時及び会場	年 月 日() 時 分～ 時 分		第1希望	年 月 日() 時 分～ 時 分
			第2希望	年 月 日() 時 分～ 時 分
	所在地		所在地	
	施設名称	電話	施設名称	電話
受講目的又は理由				
変更理由				

2. 中止の場合(中止する理由を記入してください。)

--