（様式第５号）

令和　　年 　月 　日

札幌市長　 様

申込者

　　住所

　　名称

　　代表者氏名　　　　　　　　印

札幌市医療アドバイザー講演等申込書

地域における医療等に関する学習会等に札幌市医療アドバイザーの参加を受けたいので、札幌市医療アドバイザー制度実施要綱第７条第１項の規定により、次のとおり申込します。

　　１ 希望日時

　　　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）

　　２ 学習会等の開催場所　　　　札幌市　　区

　　　　　　　　　　　　　　　　　会場名

　　３ 参加予定人数　　　　　　　　　　名

　　４ アドバイザーの氏名

　　５ 希望講義テーマ

　　６ 主催者連絡先氏名・電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話