

【申込書】 若者のための肝臓病教室 高校生・中学生編

講演希望日	20 年 月 日 (曜日)
講演希望時間	時 分 から 時 分 (分間)
受講予定人数	人 予定
対象学年/対象者	高校 年生 中学 年生
ご要望	
事前打合せ希望日時	1 候補日: 20 年 月 日 (曜日) AM・PM 2 候補日: 20 年 月 日 (曜日) AM・PM 形式含め 応相談
学校名	
所在地	
電話番号	- -
ご担当者名	先生
ご連絡メールアドレス	@
申込書 送付日	20 年 月 日 (曜日)
FAX 099-275-5329 または メールアドレス kanennet@kufm.kagoshima-u.ac.jp 鹿児島大学 肝疾患相談センター宛 にお送りください。	
センター記入欄	