『まちあい室講座』報告書

年　　月　　日

加賀市医療センター　小橋一功病院長
電話 76-5132　FAX 76-5161

申し込み団体名
代表者氏名

テーマ	
講演者	
日　時	平成　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：
参加人数	名（男性　　名、女性　　名）（　　～　　歳代）

講座内容の評価

【良かった点】

【改善すると良いと思われる点】

健康教育などに役立つ講座でしたか （はい・まあまあ・あまり思わない）

今後もより良い講座にしたいので、ご記入下さるようお願い申し上げます。
講演後より1週間以内に提出下さい（FAX可）

【職員】