＜岩手県立南光病院 講師派遣依頼申込書＞

【お申込者情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 団体・組織名 |  |
| 代表者ご氏名（ご担当者） |  |
| 連絡先住所 |  |
| 連絡先電話番号等 | TEL：　　　　　　　FAX：Email: |

【講演についてのご希望内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 会場・住所 |  |
| 機器の有無  | * パソコン　　　　　　□ あり　　　□ なし
* プロジェクター　　　□ あり　　 □ なし
* スクリーン　　　　　□ あり　　　□ なし
 |
| ご希望の演題 |  |
| 予定参加人数 |  |
| 備考等 |  |

* 講演日時確定後に、「受付確認書」を送付させていただきます。

【お申し込み・お問い合わせ先】

岩手県立南光病院　地域生活支援連携室　相談室

TEL：0191-23-3655

FAX：0191-23-9690