

移動教室・講演・健康講座依頼申込書

三豊総合病院

院長 山田 大介 殿

下記のとおり、講演・健康講座について講師の派遣をお願い致します。

講師名(職種)	
講演名	
内容	
事業名	
日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
講演地	
会場	
対象者	
参加者数	
備考	

依頼する団体名

住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先

_____ 課・部 担当者名 _____

TEL _____ FAX _____