

令和 年 月 日

函館・性と薬物を考える会 宛

団体名 _____

代表者名 _____

令和 年度 講師 派遣 依頼 書

(講演会用)

団体名	所在地 TEL () FAX () E-mail ()	担当者名
対象	名	
希望日時	第1希望 令和 年 月 日 (曜日) 第2希望 令和 年 月 日 (曜日) 午後 時 分から 分程度	
テーマ		
希望する講師の専門分野	一任 産婦人科医師 助産師 看護師 薬剤師 その他 ()	
【その他特記事項】		

- 1 お申し込みは講演希望日の2ヶ月前までにFAXでお願いします
- 2 派遣可能な時間は、午後1時30分以降です。
- 3 派遣講師の依頼・調整が済みましたら、講師名・連絡先をお知らせします。
- 4 担当者は講師と、期日・日程・内容・方法等の具体的なことを調整してください。
- 5 実施後の感想や要望を事務局までお知らせください。(様式自由)

※お申込みからあまり時間がない場合、講師派遣ができないこともあります。

会 長 小葉松 洋子 (湯の川女性クリニック院長) FAX 0138-59-0007