

貴院職員に講演を依頼したく、下記の通り申し込みます。

講演会希望日時	
講演会場	名戸ヶ谷あびこ病院 ・ 院外会場 7階大会議室 []
希望演題・内容 できるだけ詳細に	参加予定人数：(人) 一般公開： 可 ・ 不可 参加費徴収：有 (円) ・ 無
講師希望	医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師 放射線技師・理学療法士・ソーシャルワーカー（相談員） その他 []
ふりがな 団体名	
ふりがな 団体代表者名	
団体概要 できるだけ詳細に	
ふりがな 申込者名	
申込者住所	〒
電話番号	自宅： 携帯：
メールアドレス	

本用紙受け取り後、1週間以内に返答いたします。また、お預かりした個人情報
は、講演依頼以外の目的では使用いたしません。