**在宅医療・介護推進事業「出前講座」依頼書**

様式1

FAX送信先　027-395-0147

高崎市医療介護連携相談センター南大類　担当　高林　宛て

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 連絡担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| Mailアドレス |  |

１　講座当日について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1．希望講座 | 教員名 | |  |
| 講座タイトル | |  |
| 2．講座希望日  ※定期の場合は1回毎に費用が発生します。 | 1回のみ・　定期（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 希望① | 年　　　　月　　　　日　（　　　　） | |
| 希望② | 年　　　　月　　　　日　（　　　　） | |
| 3．希望時間 | ～　　　　　　　　　 （　　　　時間） | | |
| 4．希望形態 | 講義　　・　　演習　　　・　　　講義及び演習 | | |
| 5．対象者/人数 | 対象　/　　　　　　　　　　人程度 | | |
| 6．備品に  ついて | ◆以下○のある備品は当施設にございます  PC　・　プロジェクター　・　ポインター　・　その他（　　　　　） | | |
| 7．当日資料 | 要　・　不要（　当日データ　・　当日原紙　・　事前データ　） | | |
| 8．会　　場 | 1．当施設でおこないます（会場名　　　　　　　　　　　　　）  2．その他（会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

２　事前打合せについて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1．事前打合せ | 不要　・　要（要の場合は下記の希望①～③をご記入ください） | |
| 希望① | 年　　　月　　　日　（　　　）　　時～ |
| 希望② | 年　　　月　　　日　（　　　）　　時～ |
| 2．打合せ会場 |  | |

３　謝礼支払いについて

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 1．ご希望をお伺いします  2．手渡しにてお支払いいたします  3．振込みにてお支払いいたします |