

在宅医療・介護推進事業「出前講座」依頼書

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 <small>※定期的場合は1回毎に費用が発生します。</small>	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
-------	---------------------------------------------------------