**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

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者の名称 |  |
| 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 | 講師名 |  |
| 講座タイトル |  |
| 2．対象者および人数 | 高崎市民 ・ 高崎の医療介護専門職 ・ その他（ ）人数（　　　　　　　　）人程度 |
| 3．講座希望日※年間複数回の場合は別途ご相談ください | 希望① | 年　　月　　日　（　） | 希望➂ | 年　　月　　日　（　） |
| 希望② | 年　　月　　日　（　） | 希望④ | 年　　月　　日　（　） |
| 4．希望時間 | 　　　　　～　　　　　　　　　 （　　　　時間） |
| 5．希望形態 | 講義（ 対面・オンライン ）　・　演習　　・　　講義及び演習 |
| 6．備品について | ◆以下○のある備品は会場にございます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 | （会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　）でおこないます会場住所： |

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①②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　※高崎市外の依頼者のみご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

高崎市医療介護連携相談センター南大類 2024ver