

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

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 <small>※年間複数回の場合は別途ご相談ください</small>	希望①	年 月 日 ()	希望③	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	◆会場にある備品 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
-------	---