

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 中西・高田・橋本 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・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	◆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
-------	---