



FAX : 0944-89-2148

国際医療福祉大学 大川キャンパス内 地域交流担当 行き

『講師派遣』 申込書

※電話番号とE-mailは必ず記入ください。

申込日：令和 年 月 日（ ）

団体名			
代表者氏名			
担当者氏名			
所在地	〒 —		
電話番号 (連絡用)	TEL ※		FAX
	携帯		E-mail ※
希望日時	令和 年 月 日（ 曜） 時 分 ~ 時 分（講義時間 分）		
予定参加者数	男性（ 名） 女性（ 名） 合計（ 名）		
形式	<input type="checkbox"/> 勉強会（授業形式） ・ <input type="checkbox"/> 交流会（懇談会形式）		
目的			
希望テーマ	別紙の「出張講義テーマ一覧」より希望のテーマを3つまでご記入ください。 第1希望テーマ （ ） 第2希望テーマ （ ） 第3希望テーマ （ ） 別紙のテーマ以外でも実施が可能です、ご希望がある場合はご自由に記入ください。		