



FAX : 0944-89-2148

国際医療福祉大学 福岡保健医療学部内 地域交流担当 行き

『講師派遣』 申込書

※連絡先のTELとE-mailアドレスは必須項目となっております。

平成 年 月 日 ()

団体名			
代表者氏名			
担当者氏名			
所在地	〒 —		
連絡先 (連絡用)	TEL ※必須		FAX
	携帯		E-mail ※必須
希望日時	平成 年 月 日 (曜) 時 分 ~ 時 分 (講義時間 分)		
対象者数 (予定)	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	第1希望テーマ () 第2希望テーマ () 第3希望テーマ () *別紙の「出張講義テーマ一覧」テーマを3つまでご記入ください 別紙のテーマ以外でも実施が可能ですので、ご希望がある場合はご自由にご記入ください。		