



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

平成 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 — —		
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)		
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。		