

講師派遣依頼書

薬剤師講師の派遣を以下のとおり依頼します。

令和 年 月 日

公益社団法人小田原薬剤師会 会長 宛

【申請者】 団体名

代表者名

印

担当者

住 所 〒 -

TEL

FAX

E-mail アドレス

希望日時

第1希望：令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分

調節 可・否

第2希望：令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分

調節 可・否

第3希望：令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分

調節 可・否

開催場所

会場名

所在地

TEL

講演会名

希望テーマ
(主な内容)

講演時間

30分未満

30分 ~ 60分未満

60分~90分未満

90分以上

報 酬

円

※講演料・交通費等総額を記入して下さい

対 象

人数

名

年齢層

代 ~

代

希望講師名

あり.....

なし(会へ一任)

その他

※ご要望・連絡事項等あればご記入ください。

※講師の日程の都合により、お受けできない場合がございます。

※開催予定日の 3ヶ月前までにご連絡下さい。

公益社団法人小田原薬剤師会
TEL0465-23-2658: FAX0465-23-4860
Email: odawara89314@aioros.ocn.ne.jp