年　　月　　日

一般社団法人 医療安全全国共同行動　御中

　(E-mail: secretariatpartners@kyodokodo.jp Fax: 03-6240-0894)

住　　所　　　　　　〒

医療機関名・団体名

代　表　者

**講師派遣申込書**

標記について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日（　　曜日） |
| 　　　　　　時　 　分　～　　　時　 　分 |
| ２ | 会場名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 最 寄 駅 |  |
| 交通手段 |  |
| ３ | 第１希望 | 講師 |
| 演題 |
| 第２希望 | 講師 |
| 演題 |
| ご指名のない場合 | 講演依頼内容、専門分野、職種等の希望 |
|  |
|  |
|  |
| ４ | 主催者名 |  |
| ５ | 聴講予定者 |  |
| 約　　　　　名 |
| ６ | 懇親会への出席希望 | □希望あり（　　時　　分 ～ 　 時　　分）□立席　□着席□希望なし |
| ７ | 講演料・旅費支払予定額 |  |
| ８ | 連絡先担当者 | 役　職　名　 ：ご担当者 氏名 ：団 体 住 所 　：〒(上記と同様の場合、ご記入は不要です)電　話　番　号：ファックス番号：メールアドレス： |

※ご記入いただいた内容は、講師派遣の事務手続きや各種ご案内等に利用させて頂きます。