令和　　年　　月　　日

公益財団法人　群馬健康医学振興会　殿

住所：

施設等名称：

代表者　職名：

　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　㊞

講 師 派 遣 依 頼 書

下記のとおり講師の派遣を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講演概要 | 演　　題 |  |
| 講演目的 |  |
| 対象者及び人数 | 名 |
| 講演の内容等 |  |
| 講演日時 | | 令和　　年　　月　　日　　時　　分　～　　時　　分 |
| 講演場所 | | 住所：（〒　　　－　　　　）  名称：  電話番号：  駐車場の有無： |
| 謝金の有無 | | □ 有：金　　　　　　　　円  □ 無（旅費の実費支給のみの場合も含む） |
| 担当者連絡先 | | 住所：（〒　　　－　　　　）  所属：  職名・氏名：  電話番号：  メール： |

　備考：１．演題を講師に一任する場合は、「講師一任」と記入してください。

　　　　２．スペースが足りない場合は、別紙をご利用ください。