講演等　申し込みフォーム

主催者（団体名）		
連絡責任者	所属	
	氏名	
	連絡先	TEL（自宅・会社）
		携帯TEL
		FAX（自宅・会社）
		E-mail（自宅・会社）
希望の講師		
依頼項目		講演　・　シンポジスト　・　事例検討（助言者）　・　その他（　　）
講演のテーマ		
（希望内容があれば記入）		
講演時間		（　　）時間
希望日時		第1希望：
		第2希望：
		第3希望：
		（※注）調整には目安として1～2週間、お時間をいただくことをご了承ください。
参加者予定人数		
参加対象者		
講演場所 ※未定の場合でも、〇〇県△△市内など大まかな場所をご記入ください。		住所
		最寄駅
講師料		（交通費：　　）
送信日		平成　　年　　月　　日

※ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

医療法人テレサ会　西川医院

TEL　0836（54）2525　　FAX　0836（54）2020