

講演依頼書

平成 年 月 日 ()

テ　　マ			
講　　師	氏		
開催日時 (2日間研修の 場合も記入)	第一希望：平成 年 月 日 ()、	：	～
	第二希望：平成 年 月 日 ()、	：	～
対　　象		参加人数	名
会　　場			
【研修のねらい】			
【研修内容に関する要望】			
【その他】			
施設名			
住　　所	〒		
電話番号	()	担当者	職〔
FAX番号	()		氏名

保健・医療・福祉サービス研究会 〒104-0061 東京都中央区銀座 7-2-22 銀座同和ビル 2階
 担当 () TEL : 03-6228-5995 FAX : 03-6228-5996 Eメール : info@hifsk.co.jp