

ふくしま子ども・女性医療支援センター出前講座
講師派遣依頼書

令和 年 月 日

ふくしま子ども・女性医療支援センター
センター長 高橋 俊文

病 院 名
院 長 名

下記のとおり、出前講座の講師派遣を依頼します。

希 望 日 時	第1希望： 月 日 () 時 分～ 第2希望： 月 日 () 時 分～ 第3希望： 月 日 () 時 分～
依 頼 講 師 名	
依 頼 講 義 タ イ ト ル	
受 講 予 定 人 数	
そ の 他	

事務担当者名 _____

連絡先 (電話) _____

連絡先 (e-mail) _____