**講師派遣申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話 |  |
| E-mail |  |
| 住所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 【講演・研修テーマ】 |  |
| 【目的・内容】 |  |
| 【希望講師】 |  |
| 【候補日程】 | 第１希望：日付を選択してください  午前or午後を選択してください（ ： ～ ： ）  第２希望：日付を選択してください  午前or午後を選択してください（ ： ～ ： ）  第３希望：日付を選択してください  午前or午後を選択してください（ ： ～ ： ） |
| 【会場】 |  |
| 【対象者】 | 対象者を選択してください |
| 【参加予定人数】 | 名 |
| 【謝金】 | 円（交通費について選択してください） |
| 【講師の内諾】 | 内諾がある場合は記載してください |
| 【その他】 |  |

**※ご回答までに1週間程度かかってしまう場合があります。**

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター　総務課総務係広報担当

〒173-0015　東京都板橋区栄町35-2

kouhou@tmghig.jp

TEL：03-3964-1141

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務部長 | 総務課長 | 広報担当係長 | 広報担当 | 服務担当 |
|  |  |  |  |  |