

FAX 011-214-9066

年 月 日

一般社団法人北海道健康医療フロンティア 宛

講師派遣の依頼について(申込み書)

下記のとおり開催いたしますので、講師の派遣方お願いいたします。

希望講師名			
希望講演テーマ			
開催年月日	第一希望日	第二希望日	第三希望日
時間			
何時から何時まで			
イベント名			
イベントの種類	大会・フォーラム・セミナー・勉強会・その他		
参加予定人数			
有料(入場料)・無料			
イベントの主旨			
会場住所			
会場名			
会場の電話番号			
希望講師料(予算)	旅費交通費は別途(実費)		
主催者様の住所			
主催者様の団体名			
ご担当部署			
ご担当責任者			
電話番号			
FAX番号			
メールアドレス			
備考			