各地区学校保健研究大会等支援事業　講師派遣　申込書

　　　年　　　月　　　日

招致都道府県（指定都市）名

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

研修会名

開催日時　　第１希望日　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～　　　：

　　　　　　第２希望日　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～　　　：

開催場所

講演対象者

講演内容

希望講師名

依頼したい講師が決まっている場合は、ご指名ください。

未定の場合は、講演内容により、本会委員から適任者を推薦させていただきます。

費用負担について

　　講師派遣に係る経費の一部を負担いたします。下記に請求予定額をご記入ください。

　　請求予定額（　　　　　　　　　　　　円）