

講師派遣依頼書

申込日： 年 月 日

公益社団法人 東京都助産師会

団体名			
業務内容			
代表者			
所在地	〒		
担当者			
電話番号		FAX	
E-Mail			
講演内容			
日時	①	年 月 日() 時 分～ 時 分	時間
	②	年 月 日() 時 分～ 時 分	時間
	③	年 月 日() 時 分～ 時 分	時間
会場			
参加人数	名	男性のみ・女性のみ・男女	
※講演料		交通費	有()円・無
備考			

※東京都助産師会あてにメール (info@jmat.jp) または FAX (03-5981-3034) でお申し込みください。

担当助産師が決まりましたら、本人より連絡いたします。

※講師料につきましては、予算が決まっている場合にはご記入ください。