年　 月　 日

東海大学医学部付属八王子病院

看護部長 殿

（事業所名）

　　　 住所

　　　　 （代表者名） 　 ㊞

講師派遣の依頼について

標記の件について、下記のとおり、東海大学医学部付属八王子病院 　　　　　様の講師派遣を依頼します。

記

|  |
| --- |
| 開催日　令和 　年　　月 　　日 |
| 開催時間　午前/午後　　 　時　 　　分開始  午前/午後　 　　時　　 　分終了 |
| 講演会名（ご希望・ご要望・現在困っていることや疑問など具体的にお書き下さい） |
| 受講対象者（例：看護師・看護補助者・理学療法士など） |
| 受講予定者数　　　　　　名 |
| 開催場所  （住　所）〒    （施設名）  （　　階）（会場名　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先  （所属部署）  （担当者名）  （連 絡 先）電話　　　　　　　（内線）　　　　　[E.mail] |
| 備考 |