|  |
| --- |
| E-1 |

講　演　依　頼　用　紙

　　　独立行政法人国立病院機構　久里浜医療センタ－

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼者名（所属・役職名） |  |  |
| 住　　　　所 |  |  |
| 連絡先　電　話　　　　ＦＡＸe-mail  |  |  |
| 講演名 |  |  |
| 講演主体 |  |  |
| 目　　的 |  |  |
| 講演内容 |  |  |
| 講演日時 |  |  |
| 　　希望講師 |  |  |
| 交通費・謝金等（予定） |  |  |

　　　　e-mail　 220-kouen@mail.hosp.go.jp

※掲載された出版物は上記のアドレスあて送信するか、又は病院あて送付して

ください。また、ＴＶ・ラジオ出演の場合は放送日時を連絡してください。