

講演・実地指導依頼書

令和 年 月 日

当院では、地域の皆様が「安心。安全・満足の生活」をしていただけるよう健康管理活動に積極的に取り組んでいます。

講演や栄養・運動に関する実地指導など、ご希望される方（個人・団体）は、下記に必要事項を記入し、総務課（または足助病院職員）へご提出ください。

1. 希望日時 令和 年 月 日 （ 曜日）

午前・午後 時 分～ 時 分迄

2. 希望講演内容

・

3. 講演会場

・

4. 受講予定人数

・ 名

5. 希望講師名 (医師・看護師・リハビリ技師・栄養士・検査技師・放射線技師・
薬剤師・その他)

・

6. 団体名・担当者名・連絡先

団体名 ・ _____

(教室名) ・ _____

担当者名 ・ _____

住 所 ・ _____

電 話 ・ _____ () _____

F A X ・ _____ () _____

※ 講演・実地指導は原則として病院診療日の時間内とさせていただきます。
日曜、祝祭日等に行われるイベント等については内容、規模により相談
に応じます。

※ 講師料につきましては、診療日時間内は要相談ですが、移動費（交通費）、
講演料等含めまして、距離、時間に応じて 10,000 円からのご協力をいた
だければ幸いです。 時間外、日祝日等については相談させていただきます。