講演・実地指導依頼書

年　　　月　　　日

講演・栄養・運動に関する実地指導を希望される方は下記に必要事項を記入し、

足助病院総務課（または足助病院職員）へご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 年　　　月　　　日（　　　曜日）  午前・午後　　　　時　　　分～　　　　時　　　分まで |
| 講演内容 |  |
| 講演会場 |  |
| 受講予定人数 | 名 |
| 希望講師名 | 職種（医師・看護師・薬剤師・放射線技師・臨床検査技師・  　　　リハビリ技師・管理栄養士・その他）  氏名 |
| 講師料の有無 | 有・無  　金額　　　　　　　　　　円  　　（その他交通費等がある場合　　　　　　　　円）  ※領収書の発行　　要　・　不要 |
| 依頼者 | 団体名  担当者名  住　　所　〒　　－    電　　話　（　　　） |
| 備考 |  |

※講演・実地指導は原則として病院診療日（月～金曜日・祝日を除く）の時間内

（8：30～17：00）とさせていただきます。病院診療日以外に関しては相談に応じます。

※講師料につきましては病院診療日・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円からのご協力を頂ければ幸いです。

病院診療日以外については相談させて頂きます。

担当：ＪＡ愛知厚生連　足助病院　総務課

〒444-2351愛知県豊田市岩神町仲田20番地

TEL　0565－62-0681