

めぐみ在宅クリニック「講演」お申し込みフォーマット

FAX: 045-300-6631

(1) お申し込み担当者様

お名前: _____

所属: _____

連絡先 TEL: () —

FAX: () —

e-mail: _____

(2) ご希望の講演日時

第一希望: 月 日 () 時 分 ~ 時 分

第二希望: 月 日 () 時 分 ~ 時 分

第三希望: 月 日 () 時 分 ~ 時 分

(3) 講演テーマ (スピリチュアル・ケア、ホスピスから学ぶいのちの教育など)

(4) 講演時間 (正味)

90分・その他 (分)

(5) 講演場所およびご住所 (もしくは最寄り駅)

(6) 講演参加予定者 (児童、生徒、学生など) および予定人数

(名)

(7) 講師のご希望 (どちらかを○でお困みください)

小澤医師に限る ()

非常勤講師でも可 ()

(8) ご予算

(9) 「講演」をご希望される理由

(10) プロジェクターの有無 有・無 (どちらかを○でお困みください)

(11) 書籍販売の可否 可・否 (どちらかを○でお困みください)

(12) ご質問、ご要望など