講演依頼申込書

■必要事項をご記入の上、
FAX でお申し込み下さい。
（原則２ヶ月前までに）

お申し込みは
FAXにて

岸和田徳洲会病院
FAX.**072-445-9791**
地域連携室　川合まで

申し込み日　　年　　月　　日

講演会の名称	
開催日(複数候補等)	年　　月　　日（　　）　（原則として平日）
講演時間	：　　～　　：　　（医師の場合は午後）
ご希望演題・内容※	前回（講演日：　　演題名：　　）
参加人数	名
会場名	
会場住所	
会場電話番号	TEL：　　FAX：

主催者名	
ご担当者様　氏名	
ご担当者様　連絡先	TEL：　　FAX：

※業務の関係により、ご希望の演題に添えない場合があります。

お願い：当日はパソコンを持参いたしますので、電源・マイク・プロジェクター・スクリーンのご準備と駐車スペースの確保をお願いします。なお、活動の一環としてパンフレット及びアンケート配布にご協力頂けましたら幸いです。