

様式 1

講師派遣依頼書

(宛先)

(公社) 東京都薬剤師会

発信者

学 校 名 (団 体 名)			
所 在 地 (会場が異なる場合)			
最寄りの交通機関			
依頼代表者名		担当者名	
連絡先電話番号		FAX 番号	
依 頼 条 件 等	希望日時	第1希望 月 日 () 時 ~ 時	
		第2希望 月 日 () 時 ~ 時	
		第3希望 月 日 () 時 ~ 時	
	講演内容		
	対 象		対象人員
	ビデオを利用できるかどうか ○をつけて下さい		
		可	否

(FAXでお申込みください)