

様式 7

講演会・研修会 依頼書

WEB 開催併用

申し込み日 令和 年 月 日

依頼元情報 *	施設名 団体名等			
	依頼者氏名			
	連絡先住所	〒		
	電話番号			
	FAX 番号			
	メールアドレス			
	今後の相談手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 対面		
講演・研修会名 *				
開催日時 *	令和 年 月 日 () 午前・午後 : ~ :			
開催場所				
対象者 *	<input type="checkbox"/> 施設利用者 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> その他職種 ()			
	年齢層 : ~ 代	男女比 :	人数 :	名
希望内容 (具体的に) *				
形式	<input type="checkbox"/> パワーポイント <input type="checkbox"/> 媒体使用 <input type="checkbox"/> 講話のみ <input type="checkbox"/> 実習			
パワーポイント 使用の場合	<input type="checkbox"/> パソコン有 <input type="checkbox"/> パソコン無 <input type="checkbox"/> プロジェクター有 <input type="checkbox"/> プロジェクター無 <input type="checkbox"/> モニター有 <input type="checkbox"/> モニター無			
講師選定 *	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> どちらでも可			
その他要望等 *				

の部分はチェックをしてください
WEB 開催希望の場合は*部の記入をお願いいたします

在宅歯科医療連携室

(一社)草津栗東守山野洲歯科医師会
 TEL 077-581-3355 FAX 077-581-3370
 kurimoyarenkeisitu@gmail.com
 担当 堀