

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

FAX: 077-581-3370

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

krmysika@eos.ocn.ne.jp