講師派遣申込書

依頼日： 年 月 日（ ）

主催者様ご名称	(ふりがな)		
ご連絡担当者様のお名前	(ふりがな)		
ご連絡先	ご住所： 〒 -		
	TEL:	FAX:	
	E-mail:		
ご希望日時	第1希望 :	年 月 日 ()	: ~ :
	第2希望 :	年 月 日 ()	: ~ :
講演会場名			
講演会場場所	〒 -		
ご希望テーマ			
ご希望講師			
開催趣旨			
聴講者人数(予定)	人	(最小催行人数: 人 / 最大催行人数: 人)	
聴講者所属	☐ 一般(男女 ・ 主に男性 ・ 主に女性) ☐ 主催者職員、社員等 ☐ その他()		
ご予算			
その他 (ご要望など)			
事務局記載欄	受付日: 年 月 日 () 受付者:		
お問い合わせ ・お申込み先	神戸東洋医療学院 広報 〒650-0021 神戸市中央区三宮町1丁目9番1号 センタープラザ13階・14階 TEL: 078-333-1557 E-mail: harikyu@k-toyoiryo.com FAX: 078-333-1256		