第　　　　号

令和　　　年　　月　　日

一般社団法人 佐賀県薬剤師会　宛

団体名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　所

連絡先ＴＥＬ

　　　 ＦＡＸ

　　　　　　　　　担当者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

講師派遣について（申請）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

記

１．日　時：　**第１希望**　令和　　年　　月　　日（　　）

**※**開始時間は

**午後以降**で

お願いします。

　　　　　　　　　　（　　　時　　　分　～　　　　時　　　　分）

**第２希望**　令和　　年　　月　　日（　　）

（　　　時　　　分　～　　　　時　　　　分）

２．開催場所（施設名）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

〃　　所在地 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．参加予定者：　約（　　　　　）名　　　年齢層（　　　 　　　　）

４．対 　象 ：・一般町民 ・老人会 ・婦人会　・その他（　　　　　　　　）

５．講演内容：（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　）

６．使用可能な設備　・会場で使用可能な機器をすべて○で囲んで下さい。

①マイク　　　②スクリーン　　③プロジェクター　　④パソコン

⑤ホワイトボード

※講師を指定される場合は、薬剤師の氏名を記載してください。

申込み先：一般社団法人 佐賀県薬剤師会

〒840-0027　佐賀市本庄町大字本庄1269-1

　　　　 電話：０９５２（２３）８９３１　　FAX：０９５２（２３）８９４１