

ご記入日： 年 月 日

講師依頼ご相談・申込書

以下のご依頼書の項目をお読み頂き、内容をご記載下さい。

ご担当者様 氏名		お電話 番号	
		メール アドレス	
講演・ セミナー名			
趣旨			
開催日時	年 月 日 () 時 分 ~ ※日程が決定していない場合は候補日を備考に記載下さい		
開催場所			
備考			

※未決定項目や、ご相談などがございましたらその旨を備考にご記入下さい。
※ご質問・ご不明点がございましたら下記のお電話番号にて受け付けております。
お気軽にご連絡下さい。

受付時間：月～金曜日 / 9:00～17:00

銀座医院 TEL:03-3542-2660

FAX 03-3546-1318