

(一社)長崎市薬剤師会 会長 様

講師派遣依頼書

以下の内容のとおり依頼いたしますので、ご検討をお願いいたします。

日時	平成 年 月 日(時間: から まで)
場所	
講演会名(事業名)	
テーマ(主旨)	
対象者	
参加予定人数	人
担当者名	
謝金	無/有 金額: 円
特記事項(備考)	
担当者氏名	
所属	
住所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

○依頼書提出後の流れ

依頼書を提出後、派遣する講師が決まり次第事務局から担当の方へ連絡させていただきます。担当者の方は講話日の一週間前までに講師担当の薬剤師に直接連絡し、当日必要な資料や物品の確認を行ってください。

提出先

長崎市薬剤師会 事務局

〒852-8104 長崎市茂里町3-18-3F

TEL : 095 (845) 5228

FAX : 095 (843) 0032

[Mail:phanaga@bronze.ocn.ne.jp](mailto:phanaga@bronze.ocn.ne.jp)