

講師依頼書

医療法人財団博仁会 キナシ大林病院 院長殿

次の通り講師等を依頼します。

行事名称			
行事の目的・対象者			
主催団体			
代表者・担当者名		概算人数	人
電話番号	- -	FAX 番号	- -

派遣を希望する職種 (内容等によりご希望に添えない場合があります)	医師・看護師・介護(看護助手) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士 薬剤師・臨床心理士・ソーシャルワーカー・検査技師・放射線技師・臨床工学技士 事務員・その他 ()		
派遣場所			
派遣日	平成	年	月 日 時間 : ~ :
講師等への依頼内容			

⇒ 送信先 FAX : キナシ大林病院地域連携 G 藤澤宛 **087-882-3539**

院長	事務長	担当者

ご依頼ありがとうございます。次の通り回答いたします。

講習中の事故等については、当院では責任を負いかねることをご了承ください。

派遣の可否	<input type="checkbox"/> (可) 以下の通り派遣いたします。 <input type="checkbox"/> (不可) 申し訳ありませんが対応できません。		
派遣する職種		氏名	
準備して いただきたい器材等	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
備考・連絡事項			