年　　月　　日

　三浦市立病院

　総病院長　小　澤　幸　弘　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　健康宅配便講師の派遣依頼について

　次のとおり研修会を開催しますので、標記講師の派遣を依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 日時 | 　　　　年　　月　　日（　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| 場所 |  |
| 研修テーマ等 |  |
| 講師 |  |
| 参加者及び予定人数 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務担当連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail