

生活習慣病に関する講師派遣申込書

平成 年 月 日

医師会長 様

申込者 _____

住所 _____

団体名 _____

申込責任者名 _____

TEL _____

FAX _____

生活習慣病に関する講師の派遣を次のとおり申し込みます。

1. 派遣を依頼する日時
・平成 年 月 日 (曜日) 時 ~ 時 (第 1 希望)
・平成 年 月 日 (曜日) 時 ~ 時 (第 2 希望)
2. 会議、研修会名
3. 開催場所
4. 講師人選
・ _____ 先生を希望する。
・ 貴会に一任する。 具体的に希望するジャンルをお知らせください。(下記事項に を付けてください。)
・ 心筋梗塞 ・ 高血圧 ・ 脳血管疾患 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症
・ メタボリックシンドローム ・ 禁煙 ・ 生活習慣病全般
5. 参加予定者の概要
・ 職種 _____ ・ 人数 約 _____ 名
6. その他 (特記事項がございましたらご記載ください。)