～埼玉県立がんセンターの医師や看護師等の専門職による～

出張医療講演申込書

下記内容で出張医療講演を申し込みます。

**１．申込者**

　　お名前（個人・団体）

　　（担当者・所属）

　　ご住所

　　ご連絡先（電話）

**２．希望する講演テーマ**

　　第１希望

　　第２希望

**３．講演日時・会場など（希望日時の２ケ月前までにお申し込みください）**

　　第１希望日時　西暦　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）

　　　　　　　　　　　午前・午後　　　時　　　分から　　　時　　　分まで

　　第２希望日時　西暦　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）

　　　　　　　　　　　午前・午後　　　時　　　分から　　　時　　　分まで

　　会　　場

**４．視聴者はどのような方々ですか（医療者・一般・年齢層・性別・参加人数など）**

連絡先：埼玉県立がんセンター患者サポートセンター（発知）

E-Mail：g.renkei@saitama-pho.jp

電　話：０４８－７２２－１１１１（代表）

ＦＡＸ：０４８－７２３－０８５１（直通）

※申込書をE-MailまたはFAXにてお送りください。

折り返し責任者あてに、こちらから打合せの連絡をいたします。