

## 講師等紹介依頼書

依頼日：西暦 年 月 日

申込者 (主催者)	施設名 または 団体名			代表者名
	施設住所	(〒 - )		TEL
				FAX
連絡窓口	担当者名			所属
	E-mail			
研修内容	テーマ (分野)			
	研修の ねらい			
	対象者			
	対象者数			
	研修時期	西暦 年 月 ~ 月 頃		
	研修時間	時 ~ 時 ( 時間)	研修回数	回
	研修方法	( ) 講演のみ ( ) 講演に演習を入れる ( ) その他 ( )		
研修会場 (所在地)				
備考				
お問合せ先	公益社団法人 静岡県看護協会 教育研修部 〒422-8067 静岡市駿河区南町 14 番 25 号 エスパティオ 3 階 TEL 054-202-1760 FAX 054-202-1751			

\*協会担当者記入欄

紹介日	西暦 年 月 日
講師等氏名	
所属施設・役職	
連絡方法	TEL E-mail:
備考	