

社会保障学習会講師派遣の申込書

申込日 年 月 日

団体名 _____ 担当者名 _____

住 所 _____

電 話 _____ F A X _____

開催日時 月 日 曜日
時 分 ~ 時 分

開催場所名 _____

開催場所住所 _____

(※地図を必ず添付してください)

学習会の主な内容 _____

参加予定人員 _____人

※ 詳細については、後日連絡する決定した講師と打ち合わせをしてください。

※ 講師料は、ご相談に応じます（交通費別途）お問い合わせください。

申込先 〒 110-0013

東京都台東区入谷 1-9-5 日本医療労働会館 5階

中央社会保障推進協議会

電話 03-5808-5344 FAX 03-5808-5345 メール k25@shahokyo.jp

●中央社保協記入欄●

派遣講師名 ()