

令和 年 月 日

公立学校共済組合高知支部長 様

利用申込者名

(主催者)

講師派遣事業利用申込書

次のとおり講習会等を実施したいので、講師派遣事業の利用を申し込みます。

講習会等 名 称		
講習会等 実施希望 日 時 ※希望日が 複数ある場 合は記入	第 1	令和 年 月 日 () : ~ :
	第 2 (※)	令和 年 月 日 () : ~ :
	第 3 (※)	令和 年 月 日 () : ~ :
会 場	名 称	
	住 所	
参 加 予 定 数	人	※ 参加者の過半数が組合員・被扶養者であること。
対 象 者		
共 催 者		
利 用 申 込 内 容	講 演 テ ー マ	
	講 師 名	
	派 遣 元 病 院	中央病院
	備 考	※ 確認事項等があれば記入してください。
担 当 者	氏 名	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	

※ 講師派遣に係る派遣料及び交通費は無料とする。その他、講習会等の諸費用は利用申込者の負担とする。

※ 派遣元病院との調整(日程調整は除く。)は、利用申込者が直接派遣元病院の担当者で行うこととする。

記入例

様式第7-5号

令和〇年〇月〇日

公立学校共済組合高知支部長 様

利用申込者名 高知市〇〇町〇-〇-〇

(主催者) 〇〇〇高等学校

校長 〇〇 〇〇

講師派遣事業利用申込書

次のとおり講習会等を実施したいので、講師派遣事業の利用を申し込みます。

講習会等称	職員健康研修会	
講習会等実施希望日 ※希望日が複数ある場合は記入	第1	令和〇年10月19日(金) 15:00 ~ 17:00
	第2(※)	令和〇年10月26日(金) 15:00 ~ 17:00
	第3(※)	令和〇年10月13日(金) 15:00 ~ 17:00
会場	名称	〇〇〇高等学校
	住所	高知市〇〇町〇-〇-〇
参加予定人数	70 人	※参加者の過半数が組合員・被扶養者であること。
対象者	35歳以上の組合員及び被扶養者	
共催者	共催者がいない場合は空白	
利用申込内容	講演テーマ	糖尿病について
	講師名	公立 太郎
	派遣元病院	四国 中央病院
	備考	※ 確認事項等があれば記入してください。
担当者	氏名	主任 共済 花子
	TEL	088-821-4755
	FAX	088-872-1227
	E-mail	kyosai.kouritu.or.jp

※ 講師派遣に係る派遣料及び交通費は無料とする。その他、講習会等の諸費用は利用申込者の負担とする。

※ 派遣元病院との調整(日程調整は除く。)は、利用申込者が直接派遣元病院の担当者で行うこととする。