**弘前大学大学院保健学研究科 被ばく医療・放射線看護人材バンク**

**講師派遣申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 年　　　 　月　　 　　日 |
| 申　込　者または申込団体 | 氏　名 / 名 称 ：住　所 / 所在地 ： 〒 <担当者> <所 属> TEL：　　　 　 （　　　　　）　 <メールアドレス>　　　　　　　 　　　　　　 FAX： 　　　　　（　　　　　） 　  |
| 希望日時 | ・第１希望 ： 　　　　年　　　月　　　日（　 　）　 　　時　 　　分　～　　 　時　　　　分・第２希望 ： 　　　　年　　　月　　　日（　 　）　　 　時　　 　分　～　　 　時　　　　分または　　　　　　 　　 　 月頃 希望 |
| 開催場所 |  |
| 対象者 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（予定参加者数　　 　名） |
| 依頼内容 | ・講演者のご希望，その他のご要望がありましたらご記入ください。 |
| 謝金 | 有　 　　・　　　　無 |
| 旅費支給 | 有 　　　・　　　　無 |
| 関連資料 | 有 ・ 　無　 　 ＊関係資料がありましたら送付してください。 |

**【お申し込みは hiro.rns@hirosaki-u.ac.jp　または　FAX：0172-39-5912　までお願いします。】**

**＊回答まで通常１～２週間ほどお時間を頂戴しておりますので何卒ご了承ください。**

[お問い合わせ先] 〒036-8564　青森県弘前市本町66-1

　　　　　　　　　 弘前大学大学院保健学研究科 総務グループ（事務担当：柏村，桑田）

　　　　　　　　　 ＴＥＬ：0172-39-5518　　ＦＡＸ：0172-39-5912 E-mail: hiro.rns@hirosaki-u.ac.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [派遣までの手順] | 本申込書受付後,申込の内容を確認し,派遣の可否について担当者からご連絡いたします。 | → | 派遣が可能な場合，別途,兼業依頼が必要となります。 |