

講師派遣依頼書

年 月 日

団体名 (代表者名)	(担当者名 :)		
	住 所		
	電話番号		Fax 番号
講演日時	年 月 日(曜日) 午前・午後 時～ 時迄(予定)		
講演場所			
講演依頼内容 (年齢層等含む)			
予定人数			
備 考			

* 依頼には 1ヶ月以上の余裕期間を持ってご連絡ください。

(一社)八尾市薬剤師会

TEL (072) 994-9159

FAX (072) 994-8189

E-mail : yaoyaku@ypa21.or.jp