

年 月 日

NHO 富山病院

病院長 金兼 千春 様

施設名

☐ 感染管理

☐ 摂食・嚥下

に関する研修会の講師派遣について（依頼）

☐ その他（ ）

時下、益々のご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、当院事業に対しまして格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、下記の通り研修会を開催するにあたり、ご多用の折と存じますが、貴院〇〇〇〇氏を講師として派遣していただきたく、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 日時（希望日時を最低第2希望までご記載ください。）

第1希望日時 年 月 日 時 分～ 時 分

第2希望日時 年 月 日 時 分～ 時 分

2. 場所

3. 対象

4. テーマ（目的）

5. 必要物品がありましたらご記載ください。

上記内容を確認させていただきまして、後日こちらからご連絡させていただきます。

お手数ですが、連絡先のご記載をお願い致します。

所属

担当者様氏名

連絡先

〒939-2692

富山県富山市婦中町新町 3145

受付担当 庶務係長 荒木

TEL 076-469-2135（代表）

Fax 076-469-5616

✉ 300-syomu2@mail.hosp.go.jp