

いわて東北メディカル・メガバンク機構 講演会申込書

いわて東北メディカル・メガバンク機構長 殿

I MMの事業目的に賛同し、下記のとおり、講演会等を申し込みます。

申込団体・代表者名	団体名：			
	代表者氏名： (印)			
希望講演内容 (開催目的等を 詳細に記入別 紙添付可)				
講師指定 (ありの場合 講師名記入)	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ※どちらかに☑			
受講対象者	所属等		人数	名
講演場所（住所等）	住所：〒			
	建物名等：			
実施希望日時※	第1希望： 令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分～ 時 分			
	第2希望： 令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分～ 時 分			
交通費支給	<input type="checkbox"/> あり（ 円） ・ <input type="checkbox"/> なし ※どちらかに☑			
謝金支給	<input type="checkbox"/> あり（ 円） ・ <input type="checkbox"/> なし ※どちらかに☑			
その他連絡事項				
連絡担当者	所属		職名	
	氏名			
	電 話			
	F A X			
	e - m a i l			

※実施希望日の2ヶ月前までにお申込ください。

郵送先：028-3694 岩手県紫波郡矢巾町医大通り 1-1-1 岩手医科大学 いわて東北メディカル・メガバンク事務室 宛

電話：019-651-5110（内線 5008/5009）

※ I MM使用欄 -----

機構長	広報・企画 部門長	学務部長	学務部 次長	事務室長	室長補佐	係員