

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 5508/5509）

※ 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