|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| センター長 | 事務室長 | 係員 |
|  |  |  |

平成　　　年　　　月　　　日

災害時地域医療支援教育センター長　様

所　　　属

責 任 者　　　　　　　　　　　　　　　　印

事務担当者名と連絡先

災害に関する講演依頼

下記により災害に関する講演を聴講したいので、ご承諾くださいますよう、お願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 平成　 　年　　 月　 　日（　　）　 　時 ～　 　月　　 日（　　）　 　時 |
| 団体名等 |  |
| 受講目的 |  |
| 受講人数  （職種等） | 名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 内　容 | ①講演の内容について希望がありますか？（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）  ②講演と合わせて施設の見学を希望されますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ③その他の希望  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. 施設の使用にあたっては、破損に十分注意し、万一破損、または滅失したときは、それにより生じた損害を賠償していただきます。また、施設使用に伴う事故・傷害等に関して大学は一切の責任を負いません。
2. 講演の日程は、学内行事等を優先させていただきます。
3. 見学の受け入れは、原則、平日とさせていいただきます。休日をご希望の場合はお問い合わせください。

　　【提出先】災害時地域医療支援教育センター事務室（内線5565）