

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。