

講演依頼書

西暦 年 月 日

国立ハンセン病資料館館長殿

※この依頼書は仮予約で、日時・講師が決定後 FAX またはメールでお知らせします。

団体・学校名	
代表者名	
担当者名	携帯：
連絡先	住所：〒 TEL： FAX： E-mail：
講座開催日	第1希望：西暦 年 月 日 第2希望：西暦 年 月 日
講演時間	時 分 ～ 時 分 実講演時間 時間 分
講演テーマ	
講演の目的・ねらい	
対象者 人数	対象者： 人数：
開催場所	会場名： Tel： 会場住所： 講演場所（教室）： 最寄りの駅： 送迎：
使用可能な機材 （□に✓を入れて てください）	<input type="checkbox"/> パソコン(パワーポイント) <input type="checkbox"/> プロジェクター・スクリーン <input type="checkbox"/> 放送設備(マイクなど) <input type="checkbox"/> レーザーポインター
支給をしていた ける場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入 れてください。	講師謝金は不要です。 <input type="checkbox"/> 交通費支給 <input type="checkbox"/> 宿泊費支給 ※交通費・宿泊費については、ご相談下さい。

* 10名様以上でお申し込み下さいますようお願いいたします。

.....

資料館記載：受付年月日：西暦 年 月 日 担当者名：

お問い合わせ先

国立ハンセン病資料館 事業部社会啓発課（大高・金）

〒189-0002 東京都東村山市青葉町 4-1-13

TEL 042(396)2909(代表) FAX 042(396)2981

※講演の日時は、月曜日（休館日）以外の9:00～17:00の間に
てお願いいたします。