

年 月 日

(公社) 茨城県歯科衛生士会
会長 岩村 昌子

名称
代表者名

講師依頼について

標記の件につきまして、下記の要領で講師（歯科衛生士）の派遣をお願い致します。

記

- 1 依頼日 年 月 日 ()
- 2 時 間 : ~ :
- 3 場 所 名称
住所 〒
TEL・FAX
(担当者名)
- 4 目 的 (内容)
- 5 対象者 (成人・子供・幼児・高齢者) 名
- 6 派遣衛生士人数 名
- 7 派遣料 (旅費交通費を含む) 円
- 8 その他