神奈川県精神保健福祉センター　講師依頼票

■御留意いただきたいこと

　・講師派遣対象は、保健福祉事務所または神奈川県内を広域にわたって対象とする関係機関・団体となります。依頼にあたっては、まず電話で御相談いただいた上で、講師依頼票を御提出いただくことになります。

　・

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼年月日 | 年　　月　　日（　　） | | |
| 依頼元機関・団体名 | （担当者：　　　　　　　　） | | |
| 講座等の名称 | （本年度　　回実施予定の第　回目） | | |
| 主催 |  | | |
| 開催日時 | 年　　月　　日（　　）　　時から　時まで | | |
| 場所 |  | | |
| 対象人数 |  | | |
| 対象者 |  | | |
| 依頼テーマ |  | | |
| 希望する講師の職種 | |  | |
| 受け持ち時間 | | 講義　　　　時間程度  質疑応答　　分程度 | |
| 資料作成の必要の有無 | | |  |
| 講座等の概要 | | | |
| 前年度実績 | | | |
| 回答期限　　　　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 文書依頼の時期　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 旅費（交通費実費）支給の可否 | | | |
| その他 | | | |