

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1 神奈川県総合医療会館

TEL045-243-2008 FAX045-243-2019

公益財団法人かながわ健康財団

理事長 大久保 吉修 宛

## 講師依頼申込書

お申込日	平成 年 月 日 ( )
お名前	御社・団体の名称 ( ) 住所 (〒 ) 部署名 ( ) 担当者名 ( ) 電話 ( ) FAX ( )
テーマ/内容等	
希望講師	・希望講師がある場合はご記入ください。特にない場合は空欄で結構です。
実施日・時間	平成 年 月 日 ( ) ・ 時 分 ~ 時 分
会場	住所 (〒 ) 建物名称 ( ) 部屋名 ( 階 ) 電話 ( )
対象者	対象：□社員 □住民 □来店者 □その他 ( ) 人数：_____名
講師料	_____円 (税込) ※請求書を発行いたします。お支払いは、原則、口座振込みでお願い致します。 【複数回でご依頼頂く場合のお支払い方法について】 □月締め払い (実施日の翌月) □一括払い (事業終了の翌月) □その他 ( )
振込み者名義	(カタカナでご記入下さい)
事前打合わせ方法	□電話 □メール □FAX □その他 ( )
手続き方法 (必要書類)	□契約書 □請書 □見積書 □口座振込払申出書 □その他 ( )

※ 必要事項をご記入頂き、□内にチェックを付してFAXにてご返送をお願いいたします。

※ 講師料につきましては、当財団との契約に基づき職員を派遣致しますので、源泉徴収をせずにお支払いいただきますよう、お願い申し上げます。

### 【事務局処理欄】

処理番号	予定入力	見積書	契約書(請書)	請求書	振込申出書	その他
No.	/	/	/	/	/	/