公益財団法人かながわ健康財団

専務理事（理事長代行）山田　泰志 宛

No.　　　　　　　　.

**講　師　派　遣　申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| お申込日 | 　　　　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（　　　　　　　　　　　　　）　E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | 　　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ので、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） | □見積書　□契約書　　□請　書　□口座振込払申出書 □請求書□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他特記事項 |  |

※　必要事項をご記入頂き、□内にチェックを付してメール・ＦＡＸにてお申込み下さい。

※　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。

【申込書送付先】　電子メール：kanagawa-kenkou@khf.or.jp Fax：045-243-2019

【お問い合わせ】　〒231-0037横浜市中区富士見町3-1　神奈川県総合医療会館 2階

公益財団法人かながわ健康財団 健康づくり課　電話：045-243-2008