

# 「講演会および講師派遣」申込書

NPO法人プロトン医学研究所 行き

東京本部 FAX:03-3425-9379



※ 黒枠内、必要事項をご記入ください。

申込日		年	月	日		
会員種別	正会員 ・ その他の会員 ・ 一般		個人 ・ 法人 ・ 団体			
申込者・(開催責任者)	(社名・団体名)					
担当者・所属	印					
住所						
連絡先	TEL( )	FAX( )	携帯			
E-mail	@					
希望日時	年	月	日	時刻	～	まで
	年	月	日	時刻	～	まで
催事名						
催事目的						
主催者名	※申込者(開催責任者)と一致すること。					
協力及び後援						
施設名・部屋名						
施設住所・連絡先						
予定参加人数・定員	人	司会者	あり ・ なし			
他出演						
希望会場入り時刻						
事前打合せ	あり ・ なし					
	<small>(ありの場合具体的にご記入ください)</small>					
機材・設備	準備あり ・ 準備なし					
規約	遵守します ・ 遵守できません					
<small>(記入欄)</small>						

※必ず、講演会開催にあたり「講演会および講師派遣」規約をご確認のうえ、申込頂きますようお願い申し上げます。

受付担当者		受付日時	年	月	日
-------	--	------	---	---	---