

永守記念最先端がん治療研究センター 出張講演会申込書

申込日 年 月 日

講演希望日	第1希望	年 月 日 ()	:	~	:
	第2希望	年 月 日 ()	:	~	:
	第3希望	年 月 日 ()	:	~	:
会場情報	会場名				
	住所	〒			
	TEL				
団体名					
団体代表者情報	氏名				
	住所	〒			
	TEL				
	Mail				
参加予定人数					
講演会の記録 (注意事項(8))	外部媒体への掲載	可 (写真可) / 可 (写真不可) / 不可			
	写真撮影 (外部媒体への掲載は無し)	可 / 不可			
その他 要望事項					

出張講演での注意事項

- (1) 希望日時については、ご連絡の上、調整させていただきます。
- (2) 日時等の変更、キャンセルについては、前日までにご連絡ください。
- (3) 参加人数が原則10人以上の場合にお申し込み頂きます。10名未満の場合は、別途ご相談頂きますようお願い致します。
- (4) 講演時間については、1時間程度 (調整可能) です。
- (5) 講師派遣の謝礼は不要です。
- (6) 当日配布する資料がある場合には、着払いにてお送りさせていただきます。
- (7) 会場、プロジェクター、スクリーン、ポインター、マイク等をご用意願います。
- (8) センターでは、講演会の情報を記録させていただきます。外部媒体 (HPなど) や写真の可否を確認させていただきます。
- (9) 当施設の治療等の都合上、講師を派遣できない場合があります。ご了承ください。
- (10) 開催場所によっては講師の送迎や交通費のご負担をお願いしたり、場所によってはお断りすることがございますので、予めご了承ください。

センター利用欄

受付年月日		受付番号	
-------	--	------	--