

講師派遣依頼書

株式会社 日本スウェーデン福祉研究所 宛

FAX:0422-24-7589 E-MAIL: info@jsci.jp

送信日: 年 月 日



下記の項目にご記入の上、FAXまたはメールにてご返送下さい。

本依頼書にご記入頂いた個人情報については通信連絡にのみ使用致します。

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|----------|
| ご依頼団体・法人名 (ご請求先となります) | フリガナ | | |
| | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| ご担当者名・ご連絡先 | ※TEL、FAX、E-mailをご記載下さい。 | | |
| ご希望開催日時 | 第一希望 | 年 月 日 () | : ~ : |
| | 第二希望 | 年 月 日 () | : ~ : |
| | 第三希望 | 年 月 日 () | : ~ : |
| 会場名 (なるべく地図を添付して下さい) | 会場名 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話 | | |
| 講座・セミナーの名称 (プログラム等があれば要添付) | | | |
| 講座・セミナーの内容 | | | |
| 参加対象者、参加人数 (職種、性別、年齢層など) | | | |
| 講師についての希望 (あればご記入下さい) | | | |
| 講師料 | 講師料 | 円(税別) | |
| | 交通費 | 有 (実費全額 / 上限有 () 円 ・ 無 | |
| 支払方法 | 請求書発行希望 | 有 ・ 無 | 支払予定日 |
| | 規程の振込依頼用紙等 | 有 ・ 無 | 平成 年 月 日 |

| | | | |
|-----|----------|-------|------------|
| 実施日 | 平成 年 月 日 | 実施確認印 | JSCI 実施確認印 |
| | | | |

| | | | |
|-------|---|----------|--------|
| 支払額合計 | 円 | 請求書発行依頼印 | 請求書発行印 |
| | | | |