**講師派遣依頼申込書**

　　　　申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  団 体 名 |  | | ふ り が な  代表者名 |
| 住 所 | 〒 | | |
| ふ り が な  依頼担当者名 |  | TEL：  FAX：  E-mail： | |
| 部署・役職 |  |
| 主催者名  ｾﾐﾅｰ･講演会名 |  | | |
| 日 時 |  | | |
| 場 所 |  | | |
| 演 題 |  | | |
| 講演要旨 |  | | |
| 受講対象者 |  | | |
| 貼付ﾌｧｲﾙ  (いずれか選択) | 有 無 | | |

|  |
| --- |
| あて先：特定非営利活動法人  医薬品・食品品質保証支援センター（略称：NPO-QAセンター）  住所　〒540-0026　大阪市中央区内本町1丁目4-12 301号室  電話　06-6910-1455　　 Ｅメール：npo-qa@galaxy.ocn.ne.jp  FAX　06-6910-1456 |