**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.jpFAX　06-6910-1456 |