

平成 年 月 日

愛知県がんセンター愛知病院長 殿

主催団体名 印
(代表者氏名)

次により講師の派遣をお願いします。

開催のねらい	
開催日時	平成 年 月 日() 時 ~ 時
開催場所	
演 題	
講 師	
参加人数	
連絡先	氏名 電話
その他参考になること(会場までの見取り図を添付してください。)	